13

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LA FIÈVRE

ET

QUELQUES PHLEGMASIES SPÉCIALES

QU'ON OBSERVE

DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

EN PARTICULIER PENDANT LEUR TRAITEMENT

Librairie J.-B. Baillière et Fils.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, par le docteur CIVIALE, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine. *Nouvelle édition* augmentée. Paris, 1858-1860, 3 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte. 24 fr.

Cet ouvrage, le plus pratique et le plus complet sur la matière, est ainsi divisé : Tome Ier, Maladies de l'urèthre. — Tome II, Maladies du col de la vessie et de la prostate. — Tome III, Maladies du corps de la vessie.

TRAITÉ PRATIQUE ET HISTORIQUE DE LA LITHOTRITIE, par le docteur CIVIALE. Paris, 1847, 1 vol. in-8 de 600 pages avec 8 planches. 8 fr.

LETTRES SUR LA LITHOTRITIE, ou Broiement de la pierre dans la vessie, *pour servir de complément à l'ouvrage précédent*, par le docteur CIVIALE. Première Lettre : A M. Vincent Kern. Paris, 1827. — Deuxième Lettre. Paris, 1828. — Troisième Lettre : *Lithotritie uréthrale*. Paris, 1831. — Quatrième Lettre : A M. Dupuytren. Paris, 1833. — Cinquième Lettre, 1837. Sixième Lettre, 1847. — 6 parties in-8. 10 fr.

Séparément les Troisième et Quatrième Lettres, in-8. Prix de chacune. 1 fr. 50

PARALLÈLE DES DIVERS MOYENS DE TRAITER LES CALCULEUX, contenant l'examen comparatif de la lithotritie et de la cystotomie, sous le rapport de leurs divers procédés, de leurs modes d'application, de leurs avantages ou inconvénients respectifs, par le docteur CIVIALE. Paris, 1836, in-8. figures. 8 fr.

DE L'URÉTHROTOMIE, ou de quelques procédés peu usités de traiter le rétrécissement de l'urèthre, par le docteur CIVIALE. Paris, 1849, in-8 de 124 pages avec une planche. 2 fr. 50

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LA FIÈVRE

ET

QUELQUES PHLEGMASIES SPÉCIALES

QU'ON OBSERVE

DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

EN PARTICULIER PENDANT LEUR TRAITEMENT

PAR

LE DOCTEUR CIVIALE.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

Londres,
H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

New-York,
HIPP. ET CH. BAILLIÈRE, 440, BROADWAY.

MADRID. — C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LA

FIÈVRE ET QUELQUES PHLEGMASIES

DE LA FIÈVRE ET DE QUELQUES PHLEGMASIES SPÉCIALES QU'ON OBSERVE DANS LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, EN PARTICULIER PENDANT LEUR TRAITEMENT.

Les phénomènes que je me suis proposé d'étudier présentent de nombreuses différences, mais ils ont entre eux des connexions qui paraissent autoriser à les réunir dans un même chapitre.

Ils forment deux catégories principales : dans la première, la maladie est générale, l'élément morbide reste disséminé dans l'ensemble de l'économie, et l'on ne saurait toujours dire quel est l'organe le plus particulièrement attaqué ; c'est la fièvre.

Dans la deuxième catégorie, les phénomènes débutent aussi par un accès fébrile, mais tout aussitôt le mal se circonscrit, le travail morbide se localise, la fièvre change de caractère, et l'on se trouve en face de phlegmasies spéciales qui se manifestent et se développent, soit dans les articulations, soit dans les masses musculaires, et quelquefois dans les organes intérieurs.

J'ai placé, à la suite, un article sur les inflammations des testicules et des cordons spermatiques, en rapport avec les phlegmasies de l'urèthre et les opérations effectuées dans ce canal.

Art. 1er. — De la fièvre.

Je désigne sous le nom de fièvre urétlıro-vésicale un groupe de phénomènes présentant des caractères propres, dont la marche, la durée, l'intensité et la terminaison diffèrent d'après des circonstances qui seront indiquées.

La fièvre se manifeste presque toujours pendant la maladie des organes urinaires, et quelquefois seulement à la suite des opérations pratiquées sur ces organes. Dans le premier cas, elle est un symptôme d'un état morbide préexistant, variable à l'infini, mais d'une valeur qui ne saurait être contestée ; cependant il a été, pour ainsi dire, laissé de côté. A peine si, dans ces derniers temps, l'on en a tenu compte, en le rattachant à quelques opérations.

La fièvre existant avant le traitement est modifiée, exaspérée par celui-ci, d'où résulte une fièvre que j'appelle *mixte*, et qui mérite surtout de fixer l'attention des praticiens.

§ 1er. — De la fièvre observée dans le cours des maladies des organes urinaires.

1° Dès 1823, en étudiant l'action des calculs urinaires sur l'économie, je reconnus chez un très grand nombre des malades qui réclamaient mes soins, un état fébrile, tantôt temporaire, avec des exacerbations et revenant par accès, tantôt permanent, à type plus ou moins continu, ou du moins sans variations constantes.

α. La première variété de cet état fébrile se manifeste au début de la maladie et chez les calculeux dont la vessie hypertrophiée chasse l'urine avec force, d'où résultent de grandes douleurs.

Sous l'influence d'une surexcitation passagère produite par l'exercice, un long voyage, et quelquefois sans cause appréciable, les effets de la pierre deviennent plus saillants, les besoins d'uriner se rapprochent, les douleurs de la miction s'accroissent et les malades éprouvent de véritables accès de fièvre. Dans les cas les moins graves, cette fièvre et les symptômes concomitants cessent par le repos, les moyens sédatifs les plus simples, et

le malade rentre immédiatement dans son état habituel.

Dans les cas graves, les douleurs de la pierre, qui étaient faibles et passagères, deviennent intenses, prolongées, pour ainsi dire continues; les accès fébriles reviennent plus souvent, avec des caractères plus alarmants; un moment arrive même où la fièvre, devenue permanente, n'est que l'avant-coureur de la mort, si l'on ne se hâte d'extraire le corps étranger; c'est le seul moyen de mettre un terme aux accidents fébriles et nerveux qui se succèdent.

En général, les accès de fièvre sont d'autant plus intenses, plus rapprochés et plus opiniâtres, que la vessie, fortement excitée par la pierre, se contracte avec plus de puissance.

β. La seconde variété de la fièvre se manifeste particulièrement chez les calculeux dont la vessie fonctionne péniblement; par suite de l'inertie primitive ou consécutive des parois de ce réservoir, la quantité d'urine qu'il contient n'est pas entièrement expulsée à chaque miction; son séjour prolongé me paraît être la cause principale de l'état fébrile.

Ce qui frappe surtout dans ces cas, c'est que, sans éprouver à un haut degré les accidents et les douleurs de la pierre, les malades sont travaillés, minés en quelque sorte par une fièvre continue, plus ou moins irrégulière, quelquefois avec des exacerbations, accompagnée de douleurs sourdes dans les régions lombaire et pubienne, et d'un grand malaise général, avec troubles de toutes les fonctions.

Chez plusieurs des malades soumis à mon examen, la pierre existait depuis longtemps; mais, comme ils ne souffraient pas beaucoup, ils avaient laissé prendre à la maladie un développement tel, que toute opération se trouvait contre-indiquée. Je vis survenir successivement la perte de l'appétit et du sommeil, la fréquence et l'irrégularité du pouls, la sécheresse de la bouche, des sueurs irrégulières, plutôt froides que chaudes, exhalant, ainsi que l'air expiré, une odeur fétide d'un caractère particulier, des nausées, des vomissements, un amaigrissement rapide et une adynamie progressive.

En face de ces phénomènes vagues, irréguliers, dont il n'est pas facile de saisir la signification véritable, j'eus d'abord des difficultés à établir un diagnostic exact; mais en rapprochant les

nouvelles observations que la pratique de chaque jour m'offrait en grand nombre, de celles que j'avais recueillies, et en tenant compte d'effets analogues survenus à la suite des opérations, je suis parvenu à constater le point de départ de la fièvre et à me rendre compte des principales différences qu'elle présente dans son développement, sa marche et sa terminaison. Les notions que j'ai acquises sur ce sujet font l'une des principales bases de ma pratique dans le traitement de l'affection calculeuse (1).

2° Je remarquai aussi, dès le début de mon exercice, et ceci est parfaitement établi aujourd'hui, que cette fièvre n'existe pas seulement chez les calculeux ; on l'observe dans un très grand nombre de maladies des voies urinaires ; et, lorsqu'elles ont acquis un certain développement, la fièvre prend la forme adynamique et entraîne promptement la mort.

On trouve souvent dans ces cas des lésions organiques manifestes, des rétrécissements uréthraux, des barrières uréthro-vésicales, des tumeurs fongueuses et prostatiques, des néphrites, etc., dont les effets sur la production de la fièvre sont d'autant plus marqués, qu'il existe en même temps une inertie de la vessie, avec ou sans catarrhe, et qu'ils contribuent plus puissamment à ralentir ou empêcher le cours de l'urine. Mais souvent aussi on ne découvre par l'autopsie aucune cause matérielle des phénomènes. Quoi qu'il en soit, le séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, me paraît exercer, dans la production et l'entretien de la fièvre, une double action également puissante. L'absorption qui s'exerce sur ce liquide d'une manière permanente, et la lutte qui s'établit, à chaque miction, entre la vessie qui se contracte péniblement et les obstacles à la sortie de l'urine ; ces deux causes agissent dans le même sens, et

(1) Voyez mon ouvrage sur la *Lithotritie* en 1827, ma *Deuxième lettre* en 1828, le *Parallèle* en 1836, le *Traité de l'affection calculeuse* en 1838, le *Traité pratique de la lithotritie* en 1847, et divers chapitres de cet ouvrage, en particulier le *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, 1840. Un grand nombre d'observations tant de pierre que de gravelle y sont exposées dans le but de faire connaître, non-seulement les ressources de la médecine proprement dite, ainsi que son titre l'indique, mais aussi de mettre en relief certains effets produits par la pierre et la gravelle sur l'ensemble de l'économie.

contribuent d'ailleurs à épuiser le malade, en portant le trouble dans les fonctions (1).

Ces faits ayant été exposés dans mes publications précédentes, je me borne à faire de courtes remarques, rendues nécessaires par les observations qu'il me reste à présenter. Je rappellerai spécialement l'attention des praticiens sur la résorption urineuse.

3° Il n'est pas rare de voir des sujets dont la santé s'altère, la constitution s'affaiblit et se détériore, sans qu'on parvienne à découvrir la cause des désordres dont ils ressentent les effets. L'incertitude est d'autant plus grande en général que la marche du mal est plus lente et plus irrégulière. Ce ne sont pas seulement les malades qui s'aveuglent sur leur position, beaucoup de praticiens s'égarent au sujet de la cause morbide ; ils oublient surtout qu'à l'accumulation et au séjour prolongé de l'urine dans son réservoir, se rattache le passage de ce liquide dans le sang, fait important, qui a fixé déjà l'attention des observateurs, mais qui réclame de nouvelles recherches. C'est un vaste sujet d'étude et d'expérimentation que je recommande aux ingénieux physiologistes de notre époque.

L'absorption ne se montre sans doute pas aussi active dans l'appareil urinaire que dans d'autres organes. Cependant, on ne saurait douter qu'elle s'y exerce et que certains principes constituants de l'urine peuvent s'introduire dans l'économie par cette voie, ainsi que le prouvent des expériences récentes (2). Cette absorption explique la concentration du liquide urinaire après un long séjour dans son réservoir. Il rend raison des sueurs, des

(1) Ces vues ne sont pas nouvelles ; je disais à l'Académie des sciences le 16 février 1829, au sujet du catarrhe vésical qui se déclare à une époque avancée de la vie, sans cause manifeste (*Journal hebdomadaire de médecine*, 28 mars 1829) : « Des faits déjà nombreux m'ont prouvé que cette espèce si fréquente et si grave du catarrhe est le résultat de l'atonie musculaire de la vessie.... Ainsi distendue, la vessie ne se contracte qu'imparfaitement et conserve une partie de l'urine. De cet état prolongé résulte une phlogose de la membrane muqueuse ; des mucosités se forment, leur séjour produit de l'irritation, la phlegmasie augmente.... On peut obtenir des améliorations temporaires, mais bientôt les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité, la santé générale se détériore, les fonctions se troublent, la fièvre s'allume, le marasme survient, et le malade succombe. »

(2) Je reviendrai sur ce sujet à l'article suivant.

salivations, des crachats, des vomissements et des déjections alvines, ayant une odeur et une saveur urineuses prononcées, dont les auteurs rapportent un assez grand nombre d'exemples, quelques-uns fort curieux. Sous l'influence de cette résorption, tantôt certaines parties du corps sont plus spécialement impressionnées que d'autres, et deviennent le siége d'abcès éliminatoires plus ou moins considérables, dont je m'occuperai plus loin; tantôt l'économie entière souffre d'une sorte d'intoxication, toutes les fonctions se troublent, la constitution dépérit, la fièvre se déclare et persiste, et le malade succombe, sans que l'autopsie révèle aucune altération organique locale de nature à rendre raison de l'événement. Les lésions rénales, constatées après la mort et auxquelles on est trop disposé à attribuer les phénomènes généraux, ne se sont souvent développées qu'après coup. Le fait suivant, que je choisis parmi plusieurs du même genre qui se sont présentés dans ma pratique, m'a paru digne d'être noté.

Un homme à peu près sexagénaire éprouvait depuis longtemps un dérangement notable dans les fonctions urinaires. Divers moyens ayant été employés sans succès, on crut à l'existence de la pierre, et il vint à Paris. Depuis longtemps ce malade vivait au milieu d'une véritable atmosphère urineuse : il trouvait à tous les objets un goût ou une odeur d'urine. Le liquide rendu chaque jour était aussi abondant que chez un homme en santé : cependant le ventre avait beaucoup de volume, et la vessie formait une tumeur qui s'élevait jusqu'à l'ombilic. J'en retirai environ trois litres d'urine fétide et d'un jaune foncé. Il n'y avait point de calcul, mais un désordre extraordinaire régnait dans tous les fonctions; le malade avait perdu depuis longtemps le sommeil, l'appétit et les forces; il y avait de la fièvre, de l'œdème aux membres inférieurs, des taches brunes assez étendues à la peau. Les accidents ne se calmèrent pas après l'évacuation de l'urine : il survint des nausées, des vomissements ; la prostration des forces augmenta, et le malade ne tarda pas à périr. Ce qui me frappa surtout chez lui, ce fut la couleur de son teint, qui était d'un jaune de citron foncé, différente toutefois de celle qu'on observe chez les ictériques; le corps entier exhalait une odeur repoussante toute spéciale.

Je n'ai pas à m'occuper ici du traitement que réclame l'état

fébrile dont je viens d'indiquer les principaux caractères. Ce traitement rentre dans celui de la lésion dont la fièvre est la conséquence, particulièrement l'atonie et le catarrhe de la vessie.

Je ferai remarquer seulement que la fièvre, marquant toujours un degré de plus dans le développement et la gravité de la maladie principale, commande un surcroît de précaution dans l'administration des moyens curatifs.

Ce traitement diffère peu de celui dont j'ai tracé les règles en 1840, et par lequel je suis parvenu à ralentir la marche des accidents généraux chez plusieurs calculeux, dans le cas où toute opération était devenue impossible. Je noterai entre autres le malade Brands, dont j'ai cité l'observation (1).

Les résultats que j'ai obtenus, dans quelques-uns de ces cas, malgré l'action incessante de la cause, malgré la marche effrayante des accidents et des complications toujours graves, me paraissent propres à démontrer ce qu'on peut obtenir d'une médication rationnelle dans les circonstances où l'on a presque toujours à combattre l'inertie de la vessie, le catarrhe consécutif et les troubles de la miction.

§ 2. — De la fièvre à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie.

Tout homme dans l'urèthre ou la vessie duquel on introduit, pour la première fois, un instrument quelconque, dans le but d'explorer ces organes, d'évacuer l'urine ou de remplir toute indication de diagnostic ou de thérapeutique, éprouve une sensation de brûlure et même une douleur vive, mais qui ne se prolonge pas. Cependant elle peut être suivie accidentellement d'une réaction fébrile, caractérisée tantôt par une sensation de malaise, de faiblesse, d'angoisse, et le plus souvent par un frisson ou un tremblement d'une durée variable, suivi d'une chaleur et d'une sueur qui terminent l'accès, surtout lorsque celle-ci est abondante et qu'elle succède à un frisson régulier et de peu de durée.

(1) *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, in-8. p. 223. Paris, 1840.

Ce qui différencie spécialement cette fièvre de la précédente, c'est qu'elle a des traits plus caractérisés, et qu'elle survient peu de temps après une opération.

Quelques malades sont avertis de son invasion par une sensation de froid, de malaise et d'agitation intérieure. Mais quelquefois le frisson paraît au moment où ils s'y attendent le moins, dans le bain, en sortant de l'eau, ou après qu'ils ont pris un petit repas, et alors il y a quelquefois des nausées ou des vomissements ; le malaise est aussi plus grand et se manifeste spécialement à la région épigastrique. L'accès lui-même est plus fort, surtout plus long. Du reste, on observe, quant à l'intensité de la fièvre, à sa durée, à la manière dont elle se termine, une infinité de nuances qu'il serait impossible de préciser.

§ 3. — Causes de la fièvre d'accès.

I. Pour beaucoup de praticiens, les divers groupes de phénomènes morbides qui constituent la fièvre d'accès, ne sont que la conséquence naturelle et presque inévitable d'une réaction provoquée par la manœuvre opératoire, et ces chirurgiens sont partis de là pour formuler contre la lithotritie et le traitement des coarctations uréthrales, des reproches dont l'équité ne forme pas toujours la base.

Il est regrettable qu'en formulant cette opinion, nos célèbres confrères aient perdu de vue ce qui se passe en réalité dans la pratique de tous les jours, pour ne s'attacher qu'à certains cas mal déterminés, que le hasard fait rencontrer ; qu'on prenne pour base de cette appréciation le traitement des coarctations uréthrales, l'emploi des injections dans la vessie contre l'atonie, ou le catarrhe de ce viscère, et surtout l'application de la lithotritie, on aura des milliers de faits pratiques, dans lesquels les opérations auront été sans inconvénients, tandis qu'on n'en trouvera qu'un petit nombre qui aient été suivis des phénomènes graves dont on veut à tout prix faire une dépendance constante des manœuvres chirurgicales. Cette question doit être examinée.

Il aurait suffi, pour se garantir de l'erreur, de jeter les yeux sur quelques cas particuliers ; par exemple, l'observation si intéressante et si instructive du baron de Zach, publiée en 1828

dans ma deuxième lettre, page 44, celles de Baboin de la Barollière, du chevalier Del Turco, relatées, la première, page 124, la deuxième, page 177 du *Parallèle*, pour comprendre combien on est mal fondé à incriminer d'une manière absolue la manœuvre chirurgicale. Si ces calculeux, et cent autres dont j'ai publié aussi les détails, ont pu supporter, sans réaction fébrile, de très nombreuses applications de la lithotritie, malgré des catarrhes de vessie purulents, accompagnés d'amaigrissement rapide, de fièvre permanente et d'épuisement des forces tels que les malades ne pouvaient pas quitter le lit, on ne saurait être admis à soutenir que la même cause, moins répétée et dans des circonstances infiniment meilleures, doive produire à elle seule les accidents qui nous occupent.

Les faits nouveaux que la pratique nous offre tous les jours ne sont pas moins concluants que les anciens. Au moment où je rédige cet article (septembre 1859), j'opère, avec l'assistance de M. Dolbeau, un calculeux octogénaire, qui souffre horriblement depuis près de trois années, avec catarrhe purulent de la vessie; le calcul est volumineux, mais friable, heureusement. Du reste, plus d'appétit, plus de sommeil, le malade est courbé en deux; il ne peut rester ni assis, ni couché; il n'a pas fallu moins de quinze séances pour briser et extraire cet énorme calcul. Pendant ce long traitement, il n'est pas survenu un seul accès de fièvre dans le cours des opérations.

II. Il ne viendra certainement pas à l'esprit d'un praticien éclairé de vouloir absoudre la manœuvre de toute action provocatrice, dans la production de la fièvre uréthro-vésicale. Les nombreuses observations que j'ai recueillies, celles qu'on trouve dans les écrits de quelques autres chirurgiens, prouvent que nous avons envisagé cette influence sous son véritable point de vue.

Je me suis toujours élevé avec force contre les manœuvres, empreintes de violence, qu'on exécute dans l'urèthre et la vessie, parce qu'elles entraînent la fièvre et toutes ses conséquences. C'est dans le but de prévenir les accidents que j'ai abrégé la durée des opérations et prescrit le traitement préparatoire destiné à les rendre moins douloureuses; que j'ai tant de fois enfin recommandé de renoncer à la lithotritie toutes les fois que la destruction de la pierre exige de trop nombreuses applications.

N'est-il pas évident pour tous que des opérations trop répétées, surtout si elles sont douloureuses, chez un calculeux déjà épuisé par la maladie, dont les organes sont plus ou moins agacés, produiront une perturbation générale, assez forte pour qu'on ait tout à craindre? Il ne peut y avoir de dissidence à cet égard.

Mais nos confrères de l'opposition ne sont-ils pas tombés eux-mêmes dans une grande confusion? Trop préoccupés de la manœuvre opératoire, ils paraissent ne tenir compte ni des prédispositions individuelles, ni des phlegmasies, ni de la fièvre préexistante, ni même de la maladie pour laquelle l'opération a été faite, etc. Ce sont là des circonstances dont il n'est pas permis à un praticien de négliger l'étude.

Raisonner ainsi, d'ailleurs, n'est-ce pas déplacer la question sans la résoudre? C'est aussi se tenir à côté de ce que constate la pratique de chaque jour. Tous les chirurgiens savent, en effet, 1° qu'un grand nombre de fiévreux n'ont pas subi d'opération. Je signalais, en 1840 (1), les fièvres violentes et continues, les troubles de la digestion, l'exaltation du système nerveux, le dépérissement de la constitution, chez un grand nombre de graveleux qui n'avaient été ni opérés, ni explorés; et j'indiquais l'urèthre et le col vésical, comme les principaux points de départ de ces phénomènes inexpliqués, mais presque toujours en rapport avec le degré, et surtout le mode spécial de la sensibilité morbide de ces organes, et avec les sympathies qu'ils irradient; et j'ajoutais : il en est des graveleux comme des calculeux : quelques-uns souffrent peu, trop peu même, au début de la maladie, et cette circonstance leur devient presque toujours fatale. D'autres, au contraire, quoique la vessie ne contienne qu'un petit nombre de gros graviers ou de petits calculs, éprouvent de formidables accidents. Les moindres douleurs que ces corps étrangers occasionnent au col vésical, ont sur les autres fonctions de l'économie un retentissement dont on ne saurait se rendre raison. J'ai rencontré plusieurs de ces cas, et dans quelques-uns, les malades ont succombé avant qu'on pût songer à une opération pour les débarrasser.

(1) *Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, p. 32 et suiv.

2° Lorsqu'une opération a été pratiquée, la fièvre consécutive apparaît, surtout à la suite de l'introduction de la première bougie, du premier cathétérisme, de la première application de la lithotritie. Mais les mêmes opérations, répétées plus tard avec les mêmes instruments manœuvrés de la même manière, chez les mêmes malades, dans des circonstances semblables, sont très rarement suivies de la fièvre. Faut-il rappeler ce que je disais, en 1836, dans le *Parallèle*? Si cette fièvre avait dépendu seulement de l'opération, elle n'aurait pas manqué de se reproduire à la suite de chaque manœuvre ultérieure.

3° Il ne faut pas oublier que la même opération produit des accidents fébriles très différents; dans la lithotritie, par exemple, suivant que la vessie est frappée d'inertie ou en possession d'une contractilité puissante; que les malades sont dans un état d'apyrexie complète, au moment de l'opération, ou attaqués d'une fièvre continue. Si le cas est simple, c'est la fièvre d'accès qui domine, s'il est compliqué, on a sous les yeux, toujours sous l'influence de la même manœuvre, la fièvre irrégulière et à type plus ou moins continu.

4° On sait, en outre, que la même opération est ou n'est pas suivie de fièvre, suivant qu'elle a été pratiquée d'emblée ou à la suite d'un traitement préalable; que le chirurgien a procédé avec régularité et ménagement, ou irrégulièrement et avec violence; que le contact des instruments avec les surfaces muqueuses a été plus ou moins prolongé.

Faut-il ajouter que les fièvres, celles surtout qui sont graves, ne se présentent que de loin en loin, et qu'après en avoir observé plusieurs cas, en peu de temps, il se passe des années entières sans qu'on en rencontre d'autres?

Cependant on insiste pour mettre la fièvre sur le compte de l'opération, et l'on invoque des arguments qui ne sont pas sans valeur, surtout aux yeux des chirurgiens qui n'envisagent que le dehors des choses.

1° La fièvre se déclare, dit-on, quelques heures après l'opération, et rien ne peut faire présumer qu'elle serait venue, si l'opération n'avait pas été faite.

2° A la suite d'une longue maladie de la vessie, à marche régulière et constante, devient-il nécessaire de pratiquer le cathété-

risme? on voit tout aussitôt la fièvre s'exaspérer, et l'état du malade s'aggraver, au point que la mort peut s'ensuivre.

C'est surtout dans les cas d'atonie de la vessie que le chirurgien rencontre ces éventualités. Le malade exploré ou opéré ne souffrait pas auparavant, bien que sa santé déclinât aux yeux de tous, et que l'anéantissement devînt effrayant; mais il n'éprouvait pas de douleurs locales, tandis que la manœuvre en a provoqué une fort incommode, qui rend sa position pire.

Dans ce cas et dans d'autres analogues, le doute ne paraît pas permis; c'est bien réellement, dit-on, l'opération qui a changé la position du malade et provoqué les désordres; aussi n'est-il pas absolument rare qu'on veuille rendre le chirurgien responsable de l'événement, bien qu'il ait agi avec toute la prudence et manœuvré avec toute la dextérité désirables.

Mais si l'on examine avec plus de soin les mêmes faits, sur lesquels on s'appuie et que je viens de rappeler, si on les compare à d'autres plus nombreux, et qui contrastent aussi avec les opinions émises, on s'aperçoit bientôt qu'on s'est trop hâté de conclure, et que ce qui paraissait parfaitement établi, n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

On présente comme très sérieux un argument tiré de mes propres observations et sur lequel je dois m'arrêter. J'ai dit que les manœuvres opératoires les plus prolongées et les plus douloureuses, produisant une grande perturbation dans l'économie, sont celles qui déterminent le plus souvent la fièvre et la plus forte fièvre. Ce fait, que tous les chirurgiens comprennent, qui a pour lui le raisonnement et l'expérience, a été interprété inexactement lorsqu'on a cherché à le donner comme une preuve que la fièvre est la conséquence d'une opération chirurgicale. Il prouve seulement que la fièvre, provenant de toute autre cause, et développée à l'occasion de la manœuvre, peut acquérir, lorsque celle-ci est irrégulière, une intensité et une gravité qu'elle n'aurait pas dans toute autre circonstance.

Ce qui prouve d'ailleurs qu'on a forcé l'interprétation, c'est que la même fièvre peut se déclarer, même avec violence, à la suite de l'opération la moins douloureuse, et même du simple contact d'une bougie molle avec la surface de l'urèthre; or, ce contact ne cause qu'une sensation de brûlure instantanée, absolument

impropre à produire la fièvre avec toutes ses conséquences.

III. L'histoire de l'affection calculeuse offre une particularité que j'ai fait connaître et qu'on néglige à tort. Il s'agit de cas analogues sous plusieurs rapports à ceux qui nous occupent, et du rapprochement desquels on tire des inductions utiles.

Un malade a successivement la gravelle et la pierre; la première cesse, et il repousse contre la seconde toute opération chirurgicale. Il vit avec son ennemi ; souvent même, il se félicite, au sein de sa famille, d'abord de n'avoir plus la gravelle, et ensuite de ce que la pierre, dont on suppose l'existence, le laisse tranquille et ne produit que de petites infirmités très supportables; lorsque tout à coup, sans cause déterminée, sans changement de régime et d'habitude, sans imprudence, sans opération aucune, il est pris d'une fièvre intense, avec besoin fréquent d'uriner; difficulté de le satisfaire, faiblesse, douleurs vagues, affaiblissement progressif, et la mort arrive en quelques jours. Ces cas se présentent fréquemment. J'en ai cité un grand nombre dans le *Traité de l'affection calculeuse*, et on lira les détails de plusieurs autres, p. 208 et suiv. *Du traitement médical et préservatif de la gravelle et de la pierre.*

IV. Quelques praticiens, au lieu de s'arrêter devant des effets purement mécaniques et de ne voir que l'action irritante et provocatrice de la manœuvre dans la production des phénomènes, en ont cherché ailleurs les causes réelles et effectives : c'est, en effet, dans le malade lui-même, dans l'état de ses organes et dans les désordres produits par les maladies antérieures, par celle surtout pour laquelle on réclame l'intervention de la chirurgie, qu'elles semblent se trouver. On ne doit pas se dissimuler les difficultés de cette étude; elles sont grandes assurément; mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'entreprendre. Avec de la persévérance, on peut espérer de les surmonter ; je ne connais pas, d'ailleurs, dans l'état actuel de la science, une autre route à suivre. Les observations qui précèdent et celles que j'aurai à présenter en exposant le traitement, ainsi que les résultats que j'ai obtenus, me paraissent propres à encourager ce genre de recherches.

On avait présenté la diminution de la chaleur animale chez le vieillard comme propre à favoriser la formation de la gravelle,

dont ils sont quelquefois affectés. On invoque aujourd'hui la même cause pour expliquer la fièvre uréthro-vésicale, sous prétexte que les personnes affectées d'une maladie des voies urinaires sont vivement impressionnées par le froid. Je ne m'arrêterai pas à cette hypothèse.

Suivant d'autres chirurgiens, la fièvre serait produite par les lésions rénales, la néphrite en particulier, et cette opinion paraît avoir été adoptée par des praticiens distingués. Il n'est pas rare assurément que les maladies rénales soient accompagnées de fièvre; je pense même que plusieurs états fébriles existant avant l'opération n'ont pas d'autre source : mais c'est un point à l'égard duquel le diagnostic est difficile à établir. On ne saurait admettre avec la même confiance que la néphrite produise les accès de fièvre simple à la suite des opérations.

§ 4. — Diagnostic et variétés de la fièvre.

Si les causes réelles de la fièvre qui nous occupe n'ont pas encore été déterminées avec la précision désirable, si nous sommes réduits à des suppositions à l'égard des principales, il n'en est pas de même des symptômes qu'on a l'occasion d'étudier chaque jour. Mais il faut distinguer ce que j'appelle la fièvre de la maladie et celle qu'on peut désigner sous le nom de fièvre du traitement. Je répète que la première est rarement observée avec les soins nécessaires, tant elle est vague, variable, le praticien n'étant presque jamais appelé que lorsque l'état morbide qui la produit, a fait de grands progrès; aussi passe-t-elle souvent inaperçue. C'est au contraire sous les yeux du chirurgien qu'apparaît, se développe et parcourt ses périodes la fièvre consécutive, à l'égard de laquelle les observations peuvent être aussi complètes que possible, et répétées aussi souvent qu'on le désire. Cette fièvre varie, du reste, suivant les circonstances.

Cas simples.

1° Dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque la maladie est circonscrite, que la santé générale est bonne, qu'il y a apyrexie complète au moment de l'opération, si celle-ci est exécutée avec

les soins et les précautions nécessaires, ou il n'y a pas de réaction manifeste, ou, s'il en survient une, c'est la fièvre d'accès simple, modérée et de peu de durée, c'est-à-dire frisson ou tremblement, chaleur et sueur abondante. La marche de l'accès est si régulière, sa durée et sa terminaison sont si constantes qu'on peut indiquer d'avance ce qui surviendra. C'est là ce que j'ai observé des centaines de fois, et il est résulté de là pour moi cette conviction que la fièvre d'accès, dans ces circonstances et dans ces limites, ne constitue pas un accident sérieux, et qu'elle n'exige d'autres soins que de tenir le malade chaudement et au repos, et de favoriser la transpiration, à la suite de laquelle les fonctions de l'économie rentrent dans leur état normal.

2° Lorsque les surfaces de l'urèthre ou de la vessie sur lesquelles on se propose d'agir ont une sensibilité morbide ou exagérée, la manœuvre produit généralement des douleurs plus vives, surtout quand on opère sans les précautions que j'ai tant de fois recommandées ; le frisson et le tremblement ont quelquefois alors plus d'intensité et de durée, si même ils conservent leur régularité ; ils s'accompagnent de douleurs musculaires dans les lombes et les membres, qui persistent pendant la chaleur. Celle-ci est également irrégulière, de manière à faire penser qu'il y a plusieurs accès, les uns à la suite des autres, au lieu d'un accès simple. Il s'y joint de la céphalalgie, un malaise général et une diminution dans la sécrétion de l'urine. Ce sont les mêmes effets et la même réaction, mais à un degré plus marqué.

Toutefois, l'accès fébrile peut se terminer de la même manière. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, il survient une sueur copieuse, sous l'influence de laquelle le malade se sent allégé, soulagé ; sa tête devient libre et il retrouve bientôt un état normal et sa liberté d'action.

Afin de rendre cette sueur aussi efficace que l'exige l'état du malade, je cherche à l'entretenir par un repos absolu, les boissons chaudes, la chaleur ambiante, et, au besoin, par quelques médications intérieures appropriées à chaque cas particulier.

Lorsque la dernière sueur a été très copieuse, la fièvre cesse; cependant, quelques malades conservent, pendant plusieurs jours, de la lassitude, un état de malaise et une sorte de courbature;

quelques-uns même urinent plus souvent, peu à la fois et avec douleur.

Le repos, les bains, les lavements, et un peu de réserve dans l'alimentation réussissent généralement. Dans tous les cas, il faut savoir temporiser.

Cas graves.

On ne doit pas confondre les cas précédents avec d'autres beaucoup plus graves dans lesquels la fièvre, au lieu de cesser, n'a fait que changer de caractère. La sueur, quoique abondante, n'est pas proportionnée à l'intensité, à la durée du frisson et des phénomènes morbides qui l'accompagnent, et l'on n'a obtenu en réalité qu'un soulagement momentané.

Les malades, qui paraissent d'abord faiblement attaqués, conservent la fièvre, dont les accès se reproduisent de plus en plus intenses et irréguliers, au point de se confondre et de ne pouvoir plus être distingués ; elle peut même prendre un caractère pernicieux et entraîner la mort. Ces cas, sur lesquels je reviendrai, rentrent dans la catégorie de ceux qui sont compliqués.

Cas exceptionnels.

Il se présente de loin en loin dans la pratique chirurgicale des hommes exceptionnellement disposés, à l'urèthre et à la vessie desquels on ne peut pas toucher, même avec les plus grandes précautions, sans provoquer des désordres locaux et généraux tellement graves que la mort peut s'ensuivre presque immédiatement. On a vu en effet des malades succomber quelques heures après le cathétérisme, la première application de la lithotritie, et même la simple introduction d'une bougie molle dans l'urèthre.

Dans ces circonstances, heureusement rares, toutes les combinaisons de l'art sont renversées ; le malade est foudroyé, et le chirurgien, stupéfait par cet événement soudain, ne se rend pas compte de ce qui se passe sous ses yeux.

J'ai observé deux de ces cas funestes : l'un après le cathétérisme, l'autre à la suite de l'application de la lithotritie.

Ces événements paraissent être moins rares dans la pratique

d'autres chirurgiens. On en a cité plusieurs exemples récents. La *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1857, donne des détails sur un cas de mort, vingt-quatre heures après l'introduction d'une bougie dans un urèthre rétréci. C'est surtout dans la pratique de M. Velpeau (1) que les faits les plus extraordinaires ont été observés. Il parle d'un imprimeur, bien portant, et seulement atteint d'un léger rétrécissement de l'urèthre. « A ma première » visite, dit ce chirurgien, depuis son entrée à l'hôpital, je lui » passai sans difficulté une bougie fine dans le canal. Le soir » même il fut saisi d'un violent frisson; le lendemain, des symp- » tômes tétaniques se manifestèrent, et il mourut dans la soirée, » vingt-quatre heures après le développement des premiers » symptômes. On ne trouva absolument rien à l'autopsie; les » voies urinaires étaient parfaitement saines.

» Après ce fait si extraordinaire et en même temps si effrayant, » j'en observai encore deux autres, dit M. Velpeau: Un jeune » homme fort et bien constitué entre à l'hôpital; le lendemain du » jour de son entrée, il est sondé. Dans la soirée, il est pris de » frissons violents, et je le trouve le lendemain froid, livide, vio- » lacé, en proie à des accidents cholériformes ; il meurt au bout » de quarante-huit heures. A l'autopsie, on ne trouve rien, si » ce n'est un peu d'engouement du poumon.

» Voilà donc, ajoute M. Velpeau, un grand nombre d'exemples » d'accidents les plus graves, et même de morts survenues après » l'opération du cathétérisme, sans qu'on puisse trouver à l'au- » topsie d'autres lésions qu'une très légère maladie de l'urèthre. » Cela mérite donc une grande attention. »

Quatre cas de mort subite, dans un court espace de temps, après une opération aussi simple, aussi facile, dans des circonstances favorables plutôt que mauvaises, et sans qu'on ait eu le moindre pressentiment de ce qui est arrivé, ne légitiment que trop l'émotion profonde que le chirurgien de la Charité exprimait à ses élèves (2).

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité*, publiées par M. Pavillon, t. III, p. 324.

(2) Il paraît toutefois que le savant professeur n'avait pas préparé avec assez de soin la leçon de cette journée, car les accidents du cathétérisme, qui l'ont si profondément ému et dont il reproche avec une sorte d'amertume aux

Quelques praticiens, guidés par des rapports de coïncidence et quelques analogies constatées dans les effets produits, ont pensé que ces événements extraordinaires étaient aussi la conséquence des manœuvres de la chirurgie, les effets ne différant des précédents, suivant eux, que par leur intensité.

En admettant cette action de la manœuvre, seulement comme cause déterminante, je ferai observer : 1° que ce n'est plus ici cette fièvre à type continu dont j'ai tracé les principaux caractères ; ce n'est pas non plus cette autre fièvre d'accès observée dans les précédentes séries de cas ; ce sont des frissons violents, des tremblements convulsifs, avec des angoisses inexprimables, des crampes cholériformes, des suffocations avec prostration, stupeur et altération profonde des traits. 2° Que ces effets sont, pour ainsi dire, instantanés et généraux plutôt que locaux ; les organes qui ont subi l'action des instruments ne présentent le plus souvent rien d'anormal, du moins matériellement. Faisons remarquer d'ailleurs que, dans certains cas, des phénomènes analogues, survenus à la suite d'une première tentative de broiement ou pendant la dilatation de l'urèthre rétréci s'étant terminés d'une manière favorable, on a pu reprendre avec succès l'opération qu'on avait dû suspendre, sans que les malades aient éprouvé rien de semblable ; ces effets, d'ailleurs, sont en dehors de ce que la pratique nous présente.

Évidemment, il y a ici un inconnu plus en relief que dans les autres séries de cas. C'est à des états morbides préexistants, à des prédispositions individuelles non déterminées qu'il faut surtout rapporter ces phénomènes extraordinaires.

Dans le premier cas qui s'est présenté à moi, il y a quelques années, la mort arriva vingt-quatre heures après un cathétérisme évacuatif des plus simples : il n'y avait eu pendant l'opération ni difficultés ni douleur. J'avais sondé le malade dans mon cabinet et il retourna à pied chez lui. Je fus obligé de m'absenter le soir, et j'appris le lendemain qu'il était mort. L'autopsie ne fut pas faite.

L'histoire du malade mort après l'application de la lithotritie

auteurs de n'avoir point parlé, ne sont malheureusement pas rares, et ils ne sont pas non plus aussi méconnus qu'il le dit. Je reviendrai sur ce sujet à l'article suivant.

doit trouver sa place ailleurs. Je me borne à dire ici qu'il y avait plusieurs pierres et un engorgement considérable de la prostate ; que la séance fut courte, mais très douloureuse : le malade fut pris, dans le bain, d'un tremblement avec un violent frisson. On le remit dans son lit; mais au lieu de cesser et de faire place à une réaction chaude, comme cela a lieu ordinairement, le tremblement persista pendant quelques heures, accompagné de dyspnée et d'une suffocation effrayante ; sur ce point cependant, la famille était en quelque sorte rassurée parce que le malade était très replet et qu'il avait eu déjà de petites attaques de suffocation ; mais les accidents persistèrent, quoi qu'on fît ; il survint un état comateux, et le malade succomba. On ne fit pas l'autopsie, et je le regrettai d'autant plus qu'on aurait très probablement découvert, soit dans le cœur, soit dans le cerveau, la cause de ces effroyables phénomènes que j'observais pour la première fois, après la lithotritie.

Cas compliqués.

Dans le plus grand nombre des cas que je viens d'indiquer, le malade soumis à l'opération est sans fièvre, du moins appréciable. La lésion pour laquelle on réclame l'intervention du chirurgien est locale, circonscrite et parfaitement déterminée; d'un autre côté, les fonctions de l'économie s'exécutent régulièrement ; et s'il survient une réaction fébrile, consécutive à la manœuvre, elle se rattache le plus souvent à une contractilité exaspérée de la vessie, et présente des caractères tranchés et à peu près constants.

Chez les malades dont je vais m'occuper, tout est différent. Il s'est opéré dans l'économie, et de longue main, un travail morbide dont on ne parvient pas à constater la nature, à suivre la marche et le développement, mais qui se manifeste par un amaigrissement plus ou moins rapide, par des troubles fonctionnels, et plus particulièrement par cette fièvre continue, dont j'ai indiqué les principaux caractères, et qui sera nécessairement modifiée, exaspérée par l'opération à laquelle le malade va être soumis.

Il ne faut point perdre de vue que dans la majorité de ces cas, il y a inertie de la vessie, et que les effets ordinaires du contact

des instruments avec sa surface interne, peuvent produire une stimulation et une excitation qui dépassent quelquefois la limite qu'on voulait atteindre, et devenir une source de désordres, principalement lorsqu'il existe des lésions organiques, soit de l'appareil urinaire, soit des principaux centres de la vie.

Au lieu de la succession à peu près régulière et constante qu'on observe chez les premiers malades, relativement au frisson, à la chaleur, à la sueur, ou le frisson manque, ou il est irrégulier, partiel, intermittent, entrecoupé par des bouffées de chaleur; ou bien il se prolonge beaucoup et s'accompagne quelquefois d'un état de malaise, d'inquiétude et d'abattement. La chaleur qui suit est sèche, brûlante, incommode; quelques individus la supportent très difficilement.

La sueur, qui forme le complément de l'accès, diffère aussi notablement. Ce n'est plus une transpiration franche, chaude, abondante, qui allége, qui soulage le malade; ce sont le plus souvent de petites sueurs partielles, irrégulières, froides plutôt que chaudes, qui le fatiguent, qui l'accablent et ne le soulagent pas; on doit conclure de là que l'élément morbide, préexistant à l'opération, conserve le dessus, ou qu'il y a des complications méconnues.

Dans ces circonstances, il est presque toujours impossible d'établir, avant d'opérer, un diagnostic complet, et, après l'opération, de faire la part qui revient, dans la production des phénomènes, à la manœuvre opératoire et aux troubles fonctionnels, ou aux lésions organiques qui précèdent. Répétons que la réaction fébrile se manifeste alors par des symptômes extrêmement variables, ainsi qu'on le voit à la suite de grandes violences exercées sur l'urèthre ou la vessie. La transpiration est le plus souvent insuffisante, et rarement elle termine l'accès. Celui-ci reparaît le lendemain, et quelquefois plus tôt ou plus tard, mais toujours irrégulier, transformé, et la fièvre finit par prendre le type continu, avec des paroxysmes.

L'observation suivante, recueillie par l'élève de mon service, donne une idée approximative de ce que le chirurgien est à même de remarquer dans la marche de la fièvre.

Lefèvre (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-trois ans, laboureur, entra dans mon service en 1850.

A la suite d'une blennorrhagie contractée vingt ans auparavant, le malade, travaillant dans les champs, fut pris d'étourdissements qui l'obligèrent à suspendre ses travaux; le sang coula par le nez et par la verge. Le médecin du lieu lui pratiqua deux ou trois saignées et prescrivit des bains.

Depuis cinq années, Lefèvre remarque que parfois il fait des efforts pour chasser l'urine. Ce liquide, toujours clair, dépose une couche très ténue de mucus. Parfois il éprouve des douleurs à l'hypogastre. On a introduit des bougies et des sondes cinq ou six fois, et le malade a passé lui-même des bougies noires sans difficulté ni douleur.

En entrant à l'hôpital, le 25 août 1850, le malade semblait être dans de bonnes conditions. Toutes les grandes fonctions s'accomplissaient avec régularité. Seule, l'excrétion urinaire se montrait difficile, par suite d'un rétrécissement situé sous l'arcade pubienne.

Le 26, une bougie conique, introduite dans le canal, s'engagea dans le point rétréci. Elle fut retirée et remplacée par une sonde d'argent, d'un calibre inférieur à la sonde ordinaire. L'instrument traversa le rétrécissement sans douleur. Le 27, la sonde ordinaire fut introduite, elle arriva dans la vessie et l'urine s'écoula; le lendemain et les trois jours suivants, le malade se trouva mieux. Il passa de bonnes nuits et ne se plaignit que d'une légère douleur dans le canal lorsqu'il urinait.

Le soir du troisième jour, vers six heures, il fut pris d'un frisson qui dura trois heures; il transpira ensuite pendant une partie de la nuit.

La 4 septembre, au moment de la visite, il paraissait fatigué, et vers onze heures, survint un nouveau frisson d'environ deux heures, suivi d'une sueur pendant trois heures à peu près.

Le soir, vers sept heures, troisième frisson jusqu'à dix heures; transpiration toute la nuit.

Le 5 septembre, le malade était bien, mais un peu affaibli; à onze heures, nouvel accès, qui se reproduisit vers sept heures.

Le 6, à l'heure de la visite, Lefèvre ne se plaignit que d'une soif légère. La peau était douce, fraîche, et le pouls sans vitesse.

M. Bricheteau fut appelé, on administra la quinine.

Vers onze heures nouveau frisson pendant deux heures environ; pas de sueurs.

Vers sept heures, autre frisson, pas de sueurs.

Le 7 septembre, le malade est plus faible que les jours précédents. Il y a de l'agitation. L'urine coule facilement, à peu près toutes les deux heures; sa couleur est légèrement foncée.

A onze heures, frisson du matin; pas de sueurs.

A sept heures, frisson du soir. Pas de sueurs.

Le 8, à neuf heures, on aperçut une altération profonde des traits, une grande prostration des forces; la langue était sèche et rude. La teinte jaune des conjonctives et de la peau, qui était naturelle à ce malade, était plus foncée que la veille. Le pouls était petit, précipité; l'urine, toujours rendue facilement, était jaune; des gouttes de ce liquide jetées sur un linge y imprimaient la couleur de la bile.

Les accès ne se montrèrent plus; mais la sécheresse de la langue, de la peau, persistait; le pouls battait 120. L'urine, toujours très foncée, était rendue sans difficulté, mais avec douleur. Le canal et le périnée, devenus douloureux, furent examinés; en arrière du scrotum, sur la ligne médiane, se trouvait une tuméfaction légère qui décelait une infiltration urineuse à son début.

Le 10, les accès de fièvre ne se montraient plus, mais l'état général du malade était des plus inquiétants.

L'état local empirait aussi, et l'infiltration d'urine, qui avait paru spontanément, ne fut même pas limitée par des incisions longues et profondes. Trois jours après, le malade succomba.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous-cutané du pénis était infiltré de sérosité, d'urine et de pus, mais l'infiltration n'avait pas atteint le scrotum.

A la racine de la verge, au-devant du pubis, la peau était soulevée par une légère infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire.

L'incision périnéale, faite pendant la vie, permettait à des instruments d'arriver dans une poche allongée, qui laissait voir l'urètlre à découvert et comme disséqué.

La vessie, remplie d'urine, débordait un peu la symphyse pubienne; elle remplissait tout le petit bassin; une cellule, également distendue, formait, à la droite du rectum, une tumeur égale à une bille de billard.

L'uretère droit était dilaté ; le gauche avait ses proportions normales.

Le rein droit, atrophié, était réduit au tiers de son volume ; le gauche, hypertrophié, était augmenté d'un bon tiers.

A l'extrémité postérieure de la portion spongieuse de l'urèthre existait un rétrécissement long de 3 millimètres, capable de recevoir une bougie n° 6.

Immédiatement en arrière du rétrécissement, une plaque, d'un centimètre de longueur, circonscrivait tout le canal. Cette plaque, d'un blanc grisâtre, rude au toucher, semblait formée par des végétations. Après vingt-quatre heures de macération dans l'eau, elle s'enleva comme l'eût fait une couche faiblement collée au tissu de l'urèthre, laissant au-dessous d'elle une surface très régulière.

En arrière du rétrécissement, aucune ouverture ne communiquait avec l'infiltration extérieure ; mais en avant, à droite, immédiatement au-dessous du corps caverneux correspondant, deux ouvertures placées l'une en avant de l'autre, communiquaient avec la poche de l'abcès, qui se prolongeait jusqu'au périnée et qui laissait à nu une partie de l'urèthre.

La prostate ne formait point de saillie, cependant elle était enflammée ; son tissu était noirâtre et infiltré de pus bien formé.

Le col de la vessie ne présentait rien de particulier. La couche musculeuse de la vessie était hypertrophiée avec des colonnes, faisant saillie à l'intérieur.

A droite, et environ deux centimètres au-dessus de l'uretère, se trouvait l'ouverture d'une cellule dont les parois étaient constituées par la membrane muqueuse et des plans musculaires.

Rien de particulier dans les reins et les uretères, si ce n'est un peu de dilatation dans ceux-ci, et quelques traces de pus dans ceux-là.

Ce qui domine la position dans ces circonstances, c'est l'inquiétude, le malaise, l'abattement du malade, qui persistent après l'accès, demeuré incomplet.

Dans le traitement en général, ce qui m'a paru le plus prudent et le plus utile, c'est de se borner d'abord, comme dans les cas précédents, à tenir chaudement et au repos le malade

qu'on vient d'opérer, et chez lequel on craint la fièvre. Rarement il m'a paru indiqué de recourir aux toniques, aux cordiaux, ainsi qu'on le fait en Angleterre (1).

Dans les cas les moins graves, sous l'influence de cette médication simple, ou plutôt d'une série de précautions, le calme s'établit ; la chaleur revient à la peau, et l'on obtient une transpiration sans frisson préalable ; il faut s'en féliciter ; souvent elle est suivie, peu de temps après, d'un accès régulier plus complet, par lequel la fièvre se termine.

Quelquefois cette réaction bienfaisante se fait attendre. Le chirurgien doit persévérer dans une pratique expectante, jusqu'à ce qu'il y ait des indications particulières nettement tracées.

J'ai dit qu'on observe spécialement cette fièvre, irrégulière et parfois très grave, dans les cas d'inertie simple de la vessie, lorsque ce viscère est resté longtemps distendu par l'urine. Le seul passage de l'état de plénitude à celui de vacuité, obtenu par l'évacuation artificielle de ce liquide, est suivi de la fièvre ; mais elle ne se manifeste pas toujours immédiatement, comme on le voit, après le simple cathétérisme ; ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'état fébrile préexistant s'exaspère avec des formes variées, et trop souvent insidieuses, qui tiennent le chirurgien dans l'incertitude.

J'ai eu de fréquentes occasions d'observer cette marche irrégulière de la fièvre, surtout lorsque la maladie qui réclame l'opération est ancienne et compliquée, soit de lésions organiques graves, soit d'un grand délabrement de la constitution, et je me suis assuré qu'il y a toujours avantage à soumettre les malades à un long traitement préparatoire, et à ne recourir à l'opération qu'après avoir écarté les phénomènes morbides préexistants : même alors le premier contact des instruments est quelquefois suivi d'un mouvement fébrile irrégulier, qui oblige de suspendre le traitement.

Chez divers calculeux, surtout lorsqu'il existe des complica-

Sir B. Brodie recommande surtout d'éloigner du malade tout ce qui pourrait contribuer à produire le frisson : après l'opération, il le place dans un lit chaud, et il prescrit les boissons chaudes et fortifiantes et un repos absolu (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXVIII, p. 169, mars 1855).

tions, la fièvre ne se manifeste pas seulement après la première application de la lithotritie, comme cela a lieu ordinairement; elle se reproduit après chaque séance. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, et tout récemment encore, chez un homme dont le nom est cher à la médecine française, et dans la vessie duquel nous avons trouvé une grosse pierre et une tumeur du col vésical, qui a rendu l'opération de la lithotritie aussi douloureuse que difficile. Chaque séance, quoique très courte, faite à de longs intervalles, et avec des précautions extrêmes, a été suivie d'un accès de fièvre. A la vérité, il n'a jamais persisté et s'est toujours terminé par une sueur abondante salutaire.

J'ai l'intime conviction qu'en s'écartant, dans les cas semblables, de la marche que j'ai adoptée, en faisant de longues séances et en manœuvrant d'emblée, avec brusquerie, comme cela a lieu trop souvent, la réaction fébrile entraînerait la mort en peu de jours.

§ 5. — Traitement de la fièvre.

1° *Considérations préliminaires.*

Les observations qui précèdent sur l'ensemble des phénomènes morbides dont je viens de présenter le tableau en raccourci, ne permettent pas de douter que plusieurs points de cette partie importante de la chirurgie des voies urinaires, n'ont pas été suffisamment étudiés; que le diagnostic, notamment, est souvent incomplet, et que, par suite, les applications des moyens thérapeutiques laissent beaucoup à désirer. Quelques remarques sur ce sujet doivent trouver ici leur place.

Il est nécessaire de rappeler en peu de mots les distinctions précédemment établies.

Il ne s'agit pas, comme quelques personnes paraissent le penser, d'une fièvre unique qui peut être traitée de la même manière. Cette fièvre présente au contraire des différences essentielles, relativement à son point de départ, à ses causes, à sa marche, à ses complications et à sa terminaison.

1° La fièvre provient tantôt de l'urèthre et tantôt de la vessie, et, suivant qu'elle est uréthrale ou vésicale, elle se présente

avec des différences tranchées. La première est fort rare chez les malades qui n'ont pas subi l'opération (1), tandis que la seconde se manifeste fréquemment et avec des caractères très divers.

2° Après l'opération, la première est fréquente ; ses caractères sont variés et quelquefois très alarmants ; la seconde est plus rare, et si l'on parvenait à soustraire l'urèthre à l'action des manœuvres exécutées dans la vessie, cette fièvre serait beaucoup moins sérieuse qu'on ne pense.

3° Relativement à la thérapeutique, je n'ai pas remarqué que la provenance de la fièvre exerçât une grande influence dans les indications et la manière de les remplir.

4° Il n'en est pas de même pour les causes : suivant que la fièvre dépend des maladies préexistantes, que j'appellerai causes internes, ou de causes externes, c'est-à-dire des manœuvres chirurgicales et de tout ce qui en dépend, le traitement diffère beaucoup.

5° Chez les malades, malheureusement très nombreux, où les deux ordres de causes ont également concouru à produire la fièvre, le cas devient parfois très embarrassant, ainsi qu'on l'a vu dans l'exposé des faits, et que je le démontrerai dans les observations suivantes.

6° Dans les cas très compliqués, où les maladies de l'appareil urinaire sont accompagnées de lésions des autres organes, la fièvre provenant de l'une et de l'autre source, présente des différences que le chirurgien ne doit point perdre de vue.

7° La fièvre diffère essentiellement dans sa marche et sa terminaison, suivant que la vessie conserve une contractilité

(1) La rareté de la fièvre dans ces cas n'est pas la partie la moins remarquable de son histoire. On voit souvent des hommes dont l'urèthre est depuis longtemps le siége d'une phlegmasie considérable ; son produit puriforme salit plusieurs serviettes chaque jour ; après la mort on constate les plus grands désordres dans la partie profonde du canal, et cependant les malades n'avaient pas de fièvre.

D'autres sont affectés de rétrécissements qui apportent pendant longtemps de grandes difficultés à l'expulsion de l'urine, ou derrière lesquels s'arrêtent et se développent des calculs urinaires au point d'acquérir un volume énorme et de produire de graves désordres ; il est rare aussi d'observer la fièvre. Nous avons vu, d'un autre côté, que le simple contact accidentel d'une bougie molle avec la surface de ce canal suffit pour la provoquer.

puissante ou qu'elle est frappée d'inertie; ces différences font la base du traitement.

8° Une autre différence non moins importante provient de la manière dont on procède aux opérations, soit dans l'urèthre, soit dans la vessie.

Dans ces circonstances diverses, la position du chirurgien est souvent difficile. D'un côté, il est en face d'un état fébrile dont les effets, très variables, diffèrent essentiellement de ce qu'on observe dans les autres espèces de fièvre d'accès; ces effets seraient même de nature à faire naître l'incrédulité, si l'on n'était pas à même de les constater, et si l'histoire des maladies des voies urinaires n'était pas remplie de faits anormaux plus inexplicables les uns que les autres.

D'un autre côté, le praticien ne saurait rester dans l'inaction, en face d'un état morbide qui s'aggrave chaque jour, et qui compromet la vie des malades. Mais trop souvent les indications manquent, ou il y a impossibilité de remplir celles qui se présentent.

Au lieu d'une bonne théorie, telle que la conçoivent les bons esprits, qui est déduite d'observations complètes et habilement rapprochées, et qui fait la base de toute pratique rationnelle, le chirurgien a devant lui une masse de faits pratiques, d'une grande valeur sans doute, mais incohérents, variables à l'infini et souvent contradictoires, qui le placent dans la nécessité d'adopter des médications manifestement trop empreintes d'une essence empirique. Quoi qu'il en soit, en tenant compte des observations qui précèdent et en suivant la voie expérimentale que j'ai indiquée, on ne saurait contester qu'au double point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique, l'intervention de l'art a une portée réelle, effective, qui mérite à tous égards de fixer l'attention des praticiens.

Ce n'est pas sans quelque surprise qu'on a entendu la déclaration suivante de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité (1) : « Le plus important à connaître actuellement serait le traitement; malheureusement je ne puis rien vous dire à son sujet;

(1) *Loc. cit.*, p. 330.

comme traitement préservatif, il est impossible de rien déterminer, puisque les accidents arrivent dans les circonstances les plus opposées, quand le canal est libre ou à peu près, quand le cathétérisme est facile ou pénible. Comme traitement curatif, je ne vous éclairerai guère plus. » Lorsque ce célèbre chirurgien a prononcé ces paroles désespérantes, l'art n'en était pas réduit à cette regrettable pénurie; il était en possession de ressources d'une efficacité constatée, je reproduirai celles auxquelles j'ai le plus ordinairement recours :

Une longue expérience m'a prouvé que, toutes choses égales d'ailleurs, et à l'exception de certains cas qui ont été indiqués, la fièvre qu'on observe à la suite d'une opération est d'autant plus fréquente, plus grave et plus difficile à guérir, que les manœuvres opératoires ont causé une plus forte somme de douleurs, et que les organes n'étaient point préparés à supporter le contact des instruments. Mais j'ai acquis aussi la preuve qu'en soumettant l'homme qui doit être opéré, à un traitement particulier, on parvient sûrement, sinon à écarter toujours, du moins à diminuer les inconvénients de l'opération (1). J'ai fait connaître ce traitement, dans mes ouvrages précédents et dans une communication spéciale faite à l'Académie des sciences, dont je reproduirai les principales parties; l'importance du sujet me fera pardonner quelques répétitions relativement à la manière dont je procède et aux moyens que j'emploie dans le but de faciliter les opérations, de les rendre moins douloureuses, d'en assurer davantage le succès, et de prévenir, autant que cela est possible, la fièvre, les désordres inflammatoires et nerveux, qui font l'objet de ce chapitre.

2° *Traitement préparatoire.*

Jusqu'à présent des moyens généraux, calmants ou sédatifs, du ressort de la médecine, ont fait la base de la préparation des

(1) L'utilité de cette préparation, mise chaque jour en évidence dans ma pratique particulière et à l'hôpital, en face d'une nombreuse assistance, ne me paraissait pas contestable. Je m'étais trompé, et je dus, en 1840 et 1857, repousser les attaques dont elle avait été l'objet de la part d'un chirurgien éminent. (*Voy. ma VIe lettre sur la lithotritie et le traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle*, p. 194).

malades, lorsqu'on a jugé utile d'y recourir, car, dans la majorité des cas, la plupart des chirurgiens pratiquent d'emblée, c'est-à-dire, sans y disposer à l'avance les organes, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, l'uréthrotomie et jusqu'au broiement de la pierre dans la vessie.

Mais, soit qu'il agisse sans recourir à aucune préparation, soit qu'il s'en tienne aux médications générales, qui n'ont aucune action directe sur la sensibilité normale ou exagérée des parties, le chirurgien place le malade dans des conditions défavorables au succès de l'opération, et de plus, il l'expose à des accidents sérieux. La démonstration de ce fait important est des plus faciles.

A l'état normal, chez la plupart des hommes, je pourrais dire chez tous, la membrane interne de l'urèthre, du col et du corps de la vessie, est pourvue d'une telle sensibilité que tout contact d'un corps étranger, et toute manœuvre opératoire sont péniblement supportés. Aussi le simple cathétérisme est-il un objet d'effroi pour tous les hommes. Dans l'état de maladie cette sensibilité est encore plus grande.

Si, au lieu d'une simple sonde, on introduit dans l'urèthre ou la vessie le porte-caustique, l'uréthrotome, le lithoclaste, ou tout autre instrument qui, à raison de son volume, de sa rigidité, distende, redresse ou froisse ces organes, il est évident que l'opération déterminera des souffrances bien autrement vives encore.

Enfin, si au lieu d'être instantané, le contact de l'instrument avec les surfaces de l'urèthre et de la vessie se prolonge ; si l'on exécute dans ces parties des mouvements étendus et répétés ; si surtout on attaque leur texture par le cautère ou par l'instrument tranchant, il est facile de comprendre les extrêmes douleurs auxquelles les malades seront soumis, ainsi que les effroyables réactions dont la pratique ne nous offre que trop d'exemples.

Ce sont ces conditions déplorables de la chirurgie des voies urinaires que je me suis attaché à modifier ou à changer ; et j'ai hâte de dire que l'art est aujourd'hui en possession d'un moyen simple, certain et à la portée de chacun, d'atténuer directement la sensibilité de l'urèthre et de la vessie au point de rendre très supportables, comme aussi beaucoup plus faciles et plus

exemptes de réaction, les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur ces organes. Ce progrès, réalisé depuis plusieurs années, est établi sur une longue expérience, et désormais à l'abri de toute contestation.

Le traitement préparatoire que j'ai institué n'est que l'application d'une loi de physiologie que tous les médecins connaissent. Il est constaté, en effet, que le contact ménagé, régulier et souvent répété d'un même corps avec les surfaces muqueuses, a pour conséquence à peu près constante, d'émousser la sensibilité de ces surfaces et de modifier leur vitalité. C'est par l'observation attentive de cette loi que j'ai été conduit, dès le début de ma pratique, à me préoccuper de la préparation des malades que je devais opérer. Quant au procédé, à son emploi et aux conditions les plus propres à en assurer le succès, ces détails ont été réglés par l'expérience, et sont exposés dans mon *Traité de la lithotritie* et dans l'ouvrage que je publie aujourd'hui.

Le moyen qui me paraît mériter la préférence, et que je ne crains pas de recommander à l'attention des chirurgiens, consiste dans l'usage des bougies molles, en cire, instrument fort commun, très usité en chirurgie, et dont j'ai soumis l'emploi à des règles déterminées et précises, de manière à rendre son action plus douce et plus sûre.

On porte dans l'urèthre une de ces bougies très fines, très lisses et très molles, qu'on retire immédiatement. Cette opération est répétée le lendemain et les jours suivants. Si le canal est très irritable, la bougie est retirée dès que le malade commence à souffrir, sans même qu'elle ait pénétré profondément; elle n'arrive quelquefois à la vessie que du troisième au cinquième jour.

En procédant avec une extrême lenteur, sans mouvements saccadés, à l'entrée comme à la sortie de la bougie, et en ne la laissant jamais séjourner, elle n'occasionne qu'une douleur très légère, qui cesse bientôt, et, chaque jour ensuite, son introduction est de moins en moins sentie. A la première bougie on en substitue une un peu plus volumineuse, et l'on arrive ainsi très graduellement jusqu'à celles qui remplissent la capacité normale de l'urèthre.

Pendant cette préparation locale, qui exige de huit à douze

jours, le chirurgien combat l'irritation générale et les états morbides qui peuvent exister; il modifie le régime, régularise l'exercice des fonctions, et, par des observations journellement répétées, il se trouve en position d'acquérir une connaissance plus complète de l'état local et général du malade, de faire un choix plus judicieux de la méthode et du procédé auxquels il convient de recourir, de saisir les indications particulières, en un mot, d'arrêter son plan de conduite, avec toute la certitude désirable ; conditions qui échappent en partie lorsqu'on opère d'emblée, et qui ont cependant une grande part au résultat du traitement.

La somme des petites douleurs que détermine la bougie dans un urèthre non rétréci, et pour le seul but d'en diminuer la sensibilité, n'a rien de comparable avec celles qu'occasionne ordinairement un seul cathétérisme pratiqué à la première visite; aussi n'ai-je jamais observé d'accidents sérieux pendant ce traitement préparatoire, que j'ai appliqué des milliers de fois et presque toujours avec les plus grands avantages.

De même dans la vessie : là après avoir émoussé la sensibilité de l'urèthre, on fait ordinairement tous les deux jours, et pendant une, deux ou trois semaines, des injections d'eau tiède dans ce viscère. Le contact du liquide modifie la sensibilité de sa face interne ; les mouvements alternatifs et répétés d'écartement et de rapprochement de ses parois modifient et rétablissent leur contractilité, et par l'action répétée de ces procédés, graduellement augmentée et réglée suivant les indications, la cavité vésicale se présente avec des conditions entièrement nouvelles.

Le fait de l'insensibilité de la surface vésicale est mis en plus grande évidence encore par les applications de la lithotritie. Les premières séances sont souvent douloureuses et suivies d'accidents ; mais à mesure qu'on les multiplie, pourvu qu'on ne les prolonge pas et qu'on évite toute violence, le malade souffre de moins en moins. Dans les explorations terminales, par exemple, on promène les instruments lithotriteurs sur la surface interne de la vessie sans provoquer de douleurs vives et sans qu'on ait à redouter la moindre réaction. Or, ces explorations, dans lesquelles toute la séance se passe en recherches, sont la partie la plus douloureuse du traitement; et, au début, le malade ne les

aurait pas supportées. Ce sont là des effets constants et qui se produisent tous les jours. Dans ces diverses circonstances, l'insensibilité des organes peut être obtenue de manière à rendre supportables aux malades les opérations les plus laborieuses et à prévenir les troubles fonctionnels et les dangers qu'elles entraînent lorsqu'on opère d'emblée.

La loi qui sert de base à cette pratique était connue sans doute depuis longtemps; mais elle n'avait pas été l'objet d'une étude suivie et d'une application raisonnée aux opérations dont je me suis spécialement occupé. C'est, je le répète, à l'occasion de la lithotritie, que j'ai cherché et obtenu d'abord la préparation des malades par la diminution de la sensibilité de l'urèthre et de la vessie. Appliqué ensuite, avec les mêmes avantages, aux autres opérations, ce traitement préliminaire a ouvert à la chirurgie des organes urinaires une voie nouvelle et féconde en résultats utiles.

Pour en comprendre toute l'importance, il faut avoir assisté à une série d'opérations pratiquées sur des malades préparés et non préparés. Les premiers, déjà familiarisés avec l'introduction des bougies, se soumettent tout d'abord et sans difficultés à ce qu'on leur propose; et qu'il s'agisse d'explorations ou d'opérations dans la vessie ou dans l'urèthre, la manœuvre prudemment conduite est toujours facilement supportée. La sensibilité des surfaces muqueuses étant diminuée, la contractilité des tissus sous-jacents n'est pas activement mise en jeu; les instruments glissent mieux, les frottements sont plus légers; les mouvements, toujours faciles, n'exigent aucun effort, et les sensations arrivent au chirurgien avec toute la netteté désirable. La réaction est presque nulle.

Les seconds, au contraire, préoccupés et inquiets, ne se décident qu'à la dernière extrémité, vaincus en quelque sorte par la force des exhortations. A peine l'instrument a-t-il pénétré quelque peu, que les douleurs commencent et s'accroissent, devenant d'autant plus fortes que la sensibilité de la surface muqueuse excitée, provoque la contraction des tissus sous-jacents. L'instrument serré dans l'urèthre et au col vésical, ne peut être mû sans efforts et sans occasionner des frottements pénibles, que le chirurgien le plus habile ne réussit pas à éviter, et qui s'opposent à la per-

ception des sensations tactiles, dont il a tant besoin, ou les rendent confuses en les compliquant.

Mais c'est par leurs suites surtout que se manifestent les principales différences entre des opérations pratiquées dans des conditions si dissemblables, qu'il s'agisse d'une coarctation uréthrale, de calculs ou de fongus dans la vessie. Chez le malade convenablement préparé et opéré suivant les préceptes de l'art, il ne se manifeste que de loin en loin des accès de fièvre. L'art est rarement obligé d'intervenir, l'équilibre des fonctions se rétablissant presque toujours de lui-même.

Dans la grande majorité des cas au contraire, lorsqu'on a opéré sans préparation, et alors même que la manœuvre a été la plus régulière, il survient une réaction plus ou moins vive, déterminant des troubles fonctionnels intenses, des fièvres opiniâtres ou des mouvements nerveux parfois très graves. Ces accidents sont si communs que plusieurs praticiens éclairés les considérant comme inévitables, restent inactifs dans les cas accessibles aux procédés de l'art, par la crainte de les voir survenir.

On ne placera pas sur la même ligne les effets du traitement préparatoire que je viens d'indiquer et les résultats recherchés et obtenus par les anesthésiques (1). Ce sont des indications, des procédés, des actions organiques d'ordre essentiellement différent.

Dans le premier cas on se propose directement une diminution lente et progressive de la sensibilité d'un organe déterminé, afin de le disposer à supporter l'opération qu'on a l'intention de pratiquer sur lui. L'action est exclusivement locale, et ne change en rien les conditions générales de l'organisme.

En usant des anesthésiques, le praticien laisse de côté l'organe sur lequel il veut agir ; c'est au système nerveux, au centre de la vie et de la perception, et par suite à l'ensemble de l'économie qu'il s'attaque.

(1) Je n'ai pas à discuter l'utilité des anesthésiques dans la pratique générale de la chirurgie ; mais je ne saurais trop m'élever contre l'abus qu'on en fait dans le traitement des maladies des organes urinaires.

A l'exception de la cystotomie, de l'uréthrotomie externe et de quelques autres opérations assez rares, l'emploi du chloroforme est non-seulement inutile, mais susceptible de faire commettre de graves méprises et de causer de grands malheurs.

Par mon traitement préparatoire on diminue effectivement l'irritabilité de l'organe ; par les autres on la déguise, ou la suspend.

Le premier laisse au malade le plein exercice de ses facultés, l'appréciation de l'action exercée sur lui, la possibilité de commander à ce qui l'entoure ; les autres le plongent dans un anéantissement intellectuel et moral absolu, et le soustraient momentanément à la vie de relation.

Je ferai remarquer en terminant que les effets sur lesquels j'appelle l'attention des praticiens, sont obtenus par l'emploi des mêmes bougies, des mêmes sondes, des mêmes instruments lithotriteurs et autres que nous voyons tous les jours produire des effets diamétralement opposés et même des accidents formidables. C'est à la manière seule de procéder qu'il faut rapporter la différence dans les effets produits.

Quelques praticiens ont adopté mon traitement préalable ; et n'ayant pas réussi dans les applications qu'ils en ont faites, ils sont partis de là pour assurer que j'avais exagéré au moins l'importance de ce traitement. Je n'ai rien exagéré ; ces chirurgiens semblent ne pas comprendre que les mêmes moyens, dans toutes les mains, ne produisent pas toujours les mêmes effets. Faut-il s'en étonner? Ajoutons que ces chirurgiens ont adopté et suivent une direction qui leur est propre et qui diffère essentiellement de celle dont l'expérience m'a prouvé l'utilité.

Ainsi, il est constaté que les bougies de cire molle, en raison de leur souplesse et de leur aptitude à se prêter aux courbures du canal, sont les plus propres à produire dans l'urèthre l'action qu'on recherche, et qui est d'autant plus certaine, qu'on introduit ces bougies avec plus de précautions, et qu'on les laisse séjourner moins longtemps dans le canal. Pourquoi préférer d'autres instruments qui tiraillent, froissent, irritent la surface uréthrale? Pourquoi s'obstiner à procéder avec précipitation, force et violence à leur introduction? Pourquoi les laisser en place dix, vingt minutes, une heure, et même davantage? N'est-il pas de connaissance vulgaire que de telles manœuvres, avec de tels instruments, produisent des effets opposés à ceux qu'on recherche et entraînent les conséquences les plus graves? Eu égard à l'insensibilité de l'urèthre, la différence dans les effets observés

par ces chirurgiens est une conséquence naturelle de la manière dont ils ont procédé ; mais parce que l'on s'est écarté de la règle on ne saurait être admis à rendre les instruments et les procédés dont nous nous occupons passibles des erreurs commises par ceux qui les appliquent.

Quelques praticiens, toujours disposés à donner la préférence aux moyens du ressort de la médecine, pour la préparation des malades, insistent sur l'emploi des préparations d'opium et même de quinquina, etc.

Mais l'insuffisance des opiacés, aussi bien que leurs inconvénients, sont parfaitement connus des chirurgiens ; je n'ai pas à revenir sur leur compte. Si l'on en modère la dose, l'effet est nul ; si on l'augmente, on place le malade dans des conditions plutôt nuisibles qu'utiles au succès de l'opération. Quant aux préparations de quinquina qu'on a proposées dans ces derniers temps et qui paraissent trouver faveur aux yeux de quelques chirurgiens, il y a une distinction à faire. Si cette médication a pour but unique, ainsi qu'on le dit, de prévenir la fièvre, on ne la comprend pas ; elle n'est pas rationnelle et elle contraste d'ailleurs avec la théorie qu'on cherche à accréditer sur cette fièvre consécutive. Cependant on cite des faits et des autorités en faveur de cette médication, dont l'efficacité serait, dit-on, constatée; peut-être n'a-t-on pas fait la part de l'erreur et de l'interprétation qui occupent trop souvent une grande place dans ces questions. J'aime mieux croire que, sans dire toute leur pensée, les praticiens auxquels je fais allusion n'ont proposé l'emploi de la quinine, plus ou moins longtemps avant l'opération, qu'afin d'atteindre l'état fébrile qu'ils avaient constaté chez leurs malades. Dans cette supposition, le but et le moyen sont parfaitement compris : c'est un traitement préparatoire mais incomplet, et insuffisant dans beaucoup de cas.

3° *Traitement curatif.*

J'ai fait connaître dans mes ouvrages antérieurs, et je viens de rappeler dans les observations qui précèdent, les principaux moyens curatifs auxquels j'ai recours contre la fièvre uréthro-

vésicale, quand il ne m'a pas été donné de la prévenir (1).

1° Dans les cas simples, qui sont aussi les plus communs, le traitement se réduit à des précautions tendant à réchauffer le malade et à favoriser la transpiration. Il suffit, en effet, d'obtenir une sueur abondante pour que l'accès de fièvre, qui s'est manifesté après l'opération, ne revienne pas. La nature, en se révoltant contre l'élément morbide, fait à elle seule tous les frais du traitement, sans que la chirurgie ait à intervenir d'une manière active. C'est là un point de pratique parfaitement déterminé.

2° Lorsqu'il s'agit de cas graves, compliqués, tout est différent. La conduite du praticien le plus attentif et le plus judicieux devient souvent très difficile. Il ne connaît pas la cause réelle de la fièvre, qui persiste, qui revient quoi qu'on fasse; il ne saisit pas les rapports existant entre les effets qu'il observe et les circonstances dont il serait tenté de les faire dépendre. Pour lui, en ce moment, tout est confusion, et il se défend avec peine contre les théories par lesquelles on a essayé d'aplanir la route. Je crois avoir établi, en étudiant, quelques pages plus haut, les causes de la fièvre, qu'on s'était exagéré l'influence des manœuvres chirurgicales et qu'on avait laissé de côté les causes qui me paraissent jouer le principal rôle. Il est nécessaire d'insister sur ce point, qui fait la principale base de la thérapeutique et sur lequel mes vues sont arrêtées depuis longtemps : ce que prouvent les trois faits suivants, que je choisis à dessein parmi des centaines d'autres ; l'un au début, un autre dans les derniers temps de ma pratique, et l'autre dans l'espace intermédiaire.

1° Le premier est de 1829. Ce calculeux avait une grosse pierre friable, un catarrhe de vessie purulent, avec écoulement involontaire de l'urine, perte totale de l'appétit et du sommeil, fièvre continue, maigreur extrême; le malade quittait à peine le lit. Cependant je crus pouvoir l'opérer par la lithotritie, et non-seu-

(1) J'indiquais ce traitement : 1° en 1829 dans une note sur le catarrhe vésical (*loc. cit.*); 2° en 1836, dans le *Parallèle* où il est dit, p. 172 : « que dans les cas simples, l'accès de fièvre se termine le premier jour par une sueur abondante..... que l'accès reparaît dans un petit nombre de cas, lorsque le frisson n'est pas suivi d'une sueur abondante. »

L'exposé de ce traitement est reproduit dans le *Traité pratique de la lithotritie* et dans ce volume, aux chapitres Catarrhe et Atonie de la vessie. Je ne présenterai ici que de courtes observations.

lement le succès de l'opération fut complet, mais encore il ne survint aucun accident; la fièvre habituelle ne fut même pas exasperée par la manœuvre, et la santé générale se rétablit à mesure que la pierre était détruite. Les résultats que j'avais obtenus dans des circonstances analogues me garantissaient le succès à tel point que je n'hésitai pas à opérer ce malade en présence de M. le professeur A. Dubois, qui devait subir lui-même, quelque temps après, la même opération, qu'on lui avait représentée pleine de périls, et dont ce fait seul lui aurait, au besoin, prouvé l'innocuité.

Assurément, si la manœuvre devait produire la fièvre et le catarrhe vésical, ainsi qu'on le prétend, ce serait dans les cas analogues à celui que je viens d'indiquer. Il n'en est pas ainsi; il est même prouvé qu'au moyen des précautions déjà indiquées, on prévient le plus souvent toute réaction fébrile.

2° C'est en 1836 que j'opérai le second malade, M. Roulet (de Marseille), dont j'ai publié l'observation p. 108 de ma *Cinquième lettre sur la lithotritie*. Ce malade et le suivant rentrent dans la catégorie de ceux à l'urèthre et à la vessie desquels il est difficile de toucher sans déterminer des accidents et la fièvre en particulier; elle survint, en effet, chez M. Roulet, trois jours après la première séance de lithotritie, ce qui fut attribué à la manœuvre, et ce qui tenait en réalité à d'autres causes. Quoi qu'il en soit, la fièvre qui existait depuis longtemps fut exaspérée sous forme d'accès, avec besoins fréquents d'uriner, douleur pour les satisfaire, malaise, abattement, prostration des forces, douleurs vagues, et un tel dégoût pour toute alimentation, qu'on n'était pas sans inquiétnde sur les suites de cet état, qui dura plusieurs semaines. Encore une fois, tout ce cortége fut accolé à la manœuvre de la lithotritie par un médecin célèbre que j'avais fait appeler; il est inutile de lutter contre les partis pris; je laissai croire. Cependant, le confrère revint un peu de sa prévention lorsqu'il apprit par la famille et par le malade lui-même que celui-ci avait eu, dans le cours de sa maladie, et sans cause appréciable, plusieurs crises en tout semblables et qui avaient aussi persisté fort longtemps. Faut-il dire que M. Roulet n'avait aucune inquiétude sur ce qu'il éprouvait. Il voulait même qu'on passât outre à la continuation de l'opération; mais moi, qui n'étais pas

aussi rassuré que lui, je ne me décidai à faire une nouvelle séance que plusieurs mois après.

Il était évident pour moi que nous avions affaire à un malade chez lequel la sensibilité exagérée, et la vitalité de l'appareil urinaire profondément modifiée par la maladie, rendaient pour ainsi dire insupportable le contact des instruments, aussi bien que le séjour de la pierre; et que c'était là la véritable source des accidents graves survenus à différentes reprises et qui s'étaient reproduits trois jours après l'opération. Tous nos soins furent dirigés contre cette disposition vicieuse et contre l'état morbide général. Ils eurent le résultat qu'on en attendait, et finalement M. Roulet fut placé dans la position de supporter les opérations qui devaient le débarrasser de la pierre, non sans douleur, car il souffrit toujours beaucoup, mais sans suites fâcheuses. La fièvre et les phénomènes généraux que nous avions observés, et qu'on redoutait par-dessus tout, ne reparurent pas à la suite des nouvelles séances de lithotritie.

3° Plus de vingt ans après, en 1858, j'opérais M. Rosaven (de Quimper), qui avait éprouvé aussi pendant la maladie des accidents très sérieux et très opiniâtres. Cependant, l'irritabilité de l'urèthre et de la vessie paraissait être modérée ; ce qui distingue spécialement ce cas du précédent, dans lequel elle était excessive. Il ne fallut même qu'un traitement préparatoire de quelques jours pour placer M. Rosaven dans des conditions en apparence favorables. J'avais remarqué toutefois un peu de fréquence dans le pouls et une certaine agitation fiévreuse pendant la nuit qui ne me laissaient pas absolument sans inquiétude, et par suite, je procédai à l'opération avec une grande réserve. Bien m'en prit, car deux jours après cette tentative de lithotritie, si peu douloureuse que le malade se croyait guéri le lendemain, il survint spontanément une fièvre continue, vague, irrégulière, avec fréquence et petitesse du pouls, inappétence complète, prostration, angoisse, douleurs de tête et du dos, suppression d'urine, etc., qui firent craindre une terminaison fatale. Les médecins qui voyaient le malade avec moi conservaient peu d'espoir de le sauver.

Eh bien! ici encore, sous l'influence d'un traitement général approprié, les phénomènes morbides ont cessé; la santé et les

forces sont revenues, et l'opération a été reprise sans provoquer la plus petite réaction fébrile ; le malade est guéri.

Est-il nécessaire de répéter que si, dans ces cas, et leurs analogues, en très grand nombre, la fièvre et les phénomènes morbides avaient été la conséquence de la manœuvre chirurgicale, ils se seraient reproduits à la reprise du traitement?

Dans les circonstances semblables, sous quelque forme que se produisent la réaction fébrile et ses suites, qu'elles se déclarent quelques heures après l'opération ou seulement un ou plusieurs jours plus tard, ainsi qu'on l'a vu, notamment chez les deux derniers malades, le chirurgien ne doit pas perdre un instant de vue :

1° Qu'il se trouve en face de phénomènes que deux ordres de causes concourent à produire : les unes cachées, lentes, insaisissables, mais réelles, effectives; les autres instantanées, dont l'action frappe les sens, et qui ne sont en réalité et le plus souvent que des causes déterminantes, des agents de provocation ;

2° Que tout traitement rationnel consiste à attaquer les premières et à paralyser l'action des secondes ;

3° Que les ressources de la médecine sont plus propres à prévenir la fièvre urétho-vésicale qu'à la combattre ;

4° Et qu'à défaut de moyens certains de faire rigoureusement la part qui revient à chaque cause, il ne doit procéder qu'en tâtonnant et avec une extrême réserve, toutes les fois qu'il s'agit d'entreprendre une opération sur les organes urinaires gravement attaqués ; tel est le but du traitement préparatoire que je viens d'exposer.

Ainsi, pour l'urèthre, j'introduis avec de grandes précautions et en m'arrêtant lorsque le malade souffre, une petite bougie molle dans ce canal. Si, à la suite de cette tentative, il survient une petite réaction fébrile, j'en tiens note. Le lendemain et les jours suivants, la même opération est répétée. Le plus communément la douleur devient de plus en plus faible, la sensibilité du lieu s'émousse, et la réaction fébrile ne paraît plus ; tantôt c'est le contraire qui a lieu, et dans ce cas, l'opération est ajournée.

Si c'est dans la vessie que l'instrument doit agir, j'y fais pendant plusieurs jours des injections simples, à la température du

corps ou un peu au-dessous. Le contact répété du liquide avec la surface du viscère, et surtout le passage successif de l'état de vacuité de la vessie à celui de plénitude, produisent les mêmes effets que les bougies dans l'urèthre, c'est-à-dire la diminution de la sensibilité, la modification de la vitalité des surfaces sur lesquelles les instruments doivent être portés ; et je parviens de la sorte à connaître le plus exactement possible ce que j'ai à craindre relativement à la fièvre qui peut suivre l'opération.

En possession de ces données, réunies à celles qui sont obtenues par l'examen attentif du malade, je procède à l'opération, que je fais plus longue ou que j'abrége, suivant la susceptibilité du malade et l'aptitude des organes à réagir avec plus ou moins de force. Comme ce dernier point est surtout difficile à déterminer d'avance, j'opère, notamment au début, avec une prudence extrême, et seulement après un long traitement préparatoire. En procédant de la sorte, si je ne parviens pas toujours à éviter la fièvre, du moins elle se montre sous sa forme la plus bénigne et la plus simple.

Dans les cas exceptionnels, où, malgré toutes les précautions, la fièvre se déclare ou redouble à la suite de l'opération, et persiste malgré le traitement le plus régulier, je vais à la recherche des causes qui peuvent l'entretenir, et je les trouve souvent dans les qualités morbides de l'urine, ou les lésions organiques méconnues ; et en particulier, dans l'inertie de la vessie et les efforts incessants auxquels elle se livre afin de se débarrasser de son contenu.

Je ne saurais trop m'arrêter à ce point capital du traitement, sur lequel j'appelais l'attention de l'Académie des sciences en 1829 (1), et que j'ai traité depuis avec tous les développements qu'il comporte (2).

Dans ces circonstances souvent embarrassantes, surtout pour les chirurgiens qui ne sont pas familiers avec le traitement des maladies des organes urinaires, on doit se rappeler :

1° Que l'inertie de la vessie peut être primitive ou consécutive.

(1) *Loc. cit.*

(2) Voyez les traités de l'*Affection calculeuse* et de la *Lithotritie*, et surtout les chapitres consacrés, dans cet ouvrage, à la stagnation de l'urine et au catarrhe vésical.

Dans la première série de cas, les parois de ce viscère ont toujours été molles, flasques, minces, décolorées, on dirait qu'elles ont subi un arrêt de développement. Le malade a toujours mal uriné. Enfant, il pissait au lit; vieillard, il lutte contre le catarrhe vésical et l'incontinence d'urine.

Ces cas sont les plus faciles à reconnaître ; il suffit d'étudier avec quelque soin la manière dont la miction s'exécute habituellement pour se mettre à l'abri de l'erreur.

2° L'inertie de la vessie se montre quelquefois accidentellement et à une époque plus ou moins avancée de la vie; elle peut même succéder à une contractilité exagérée de ce viscère.

Je ne saurais reproduire, même sous forme de résumé, les faits nombreux dont j'ai publié les détails, constatant qu'il s'opère, même fréquemment, une sorte d'atrophie musculaire des parois vésicales, par suite de laquelle l'organe perd progressivement la faculté de chasser l'urine, alors même que celle-ci est accumulée en quantité suffisante pour écarter ses parois et provoquer leur contraction, comme cela a lieu ordinairement.

Mes premières observations passèrent inaperçues ; à mesure qu'elles se multiplièrent, quelques chirurgiens voulurent bien les remarquer, mais ce fut surtout pour en contester la valeur. Espérons que des effets analogues à ceux que j'ai observés cent fois relativement à la vessie, constatés depuis peu de temps dans les masses musculaires des membres, contribueront à appeler l'attention des observateurs sérieux et non prévenus, sur ce qu'on appelle aujourd'hui *paralysie musculaire atrophique*, qui est plus fréquente qu'on n'a paru le penser, en la présentant comme une découverte.

3° Il n'est pas rare de trouver des calculeux dont les parois hypertrophiées de la vessie sont, depuis des années, tellement appliquées sur la pierre, que le malade éprouve des besoins incessants d'uriner. Tout à coup est sans cause appréciable, les parois vésicales, sans avoir rien perdu de leur épaisseur, de leur structure, cessent de se contracter à tel point que les malades peuvent rester des heures entières sans être tourmentés du besoin d'uriner, ce qu'ils ne pouvaient jamais faire auparavant ; il faut même recourir parfois à la sonde pour vider la vessie. Aux yeux du malade, ce changement d'état est un bien inappré-

ciable. Le chirurgien ne doit voir dans la perte subite de la contractilité vésicale que la preuve du progrès de l'état morbide.

Ce n'est point ici une paralysie musculaire atrophique; les parois de l'organe n'ont pas eu le temps de perdre leur épaisseur, la fonction musculaire est seule suspendue. Au double point de vue de l'opération qu'on se propose de pratiquer et de la fièvre qui nous occupe, ce changement d'état est plein de périls, ainsi que le prouvent mes observations; elles établissent aussi qu'eu égard à la fièvre, on ne saurait apporter trop de soins à ne pas laisser séjourner l'urine dans la vessie, quelle que soit la cause qui l'y retient.

C'est spécialement pour avoir méconnu ces changements d'état et n'avoir pas tenu compte de l'influence de la stagnation de l'urine dans la production et l'entretien de la fièvre, que des praticiens, d'ailleurs fort habiles, éprouvent tant de mécomptes dans le traitement de cette maladie.

Quant aux moyens à mettre en usage et à la manière de les appliquer, je ne m'y arrêterai pas ici, les ayant fait connaître aux chapitres consacrés à l'atonie et au catarrhe de la vessie.

Il n'est pas rare dans ces circonstances que l'inertie du rectum complique celle de la vessie; sous son influence, aussi bien que par l'action des médicaments employés, les évacuations alvines deviennent fort irrégulières; il m'a paru qu'on néglige beaucoup trop les lavements évacuatifs, soit qu'on ait seulement à combattre la constipation, soit qu'il existe une phlegmasie de la surface du rectum avec production de mucosités abondantes. Il est très utile de ne pas laisser séjourner les matières fécales derrière le col de la vessie, qui s'en trouve toujours péniblement impressionné. Dans toutes ces circonstances j'emploie beaucoup de lavements et j'obtiens de beaux résultats.

Si la fièvre persiste, quoi qu'on fasse, si surtout les accès redoublent, s'ils prennent la forme de la fièvre pernicieuse, il faut se hâter de recourir à d'autres moyens, notamment à la quinine, et même la prescrire à haute dose, de 1 à 2 grammes par jour. Quelques praticiens assurent que si cette médication réussit rarement dans ces circonstances, on n'a pas de grands désordres à redouter de son emploi.

Ce qui me réussit le mieux et dont je n'hésite pas à conseiller

l'usage, ce sont les purgatifs à dose fractionnée et souvent répétés ; vers la fin du traitement surtout, ils produisent de bons effets.

4° *De quelques modifications apportées au traitement de la fièvre uréthro-vésicale.*

Entre ma théorie, et surtout ma pratique, qui a pour elle une longue expérience, et les principes admis par divers chirurgiens, on remarque des différences essentielles qui expliquent le contraste de la route que nous suivons et la diversité des résultats que nous obtenons ; cela ne surprendra personne d'ailleurs, si l'on veut bien se rappeler, qu'au point de vue pratique spécialement, notre position n'est pas la même.

1° Dans la pensée que la sensibilité exagérée et surtout viciée de l'urèthre et du col vésical, un état, un élément morbide méconnu, une disposition anormale du sujet qui doit être opéré, sont les principales sources de la fièvre, et que la manœuvre opératoire est surtout une cause provocatrice, je prépare mon malade ; je tâte la sensibilité et la vitalité de ses organes, j'étudie avec un grand soin la fièvre préexistante et la maladie pour laquelle on réclame l'intervention du chirurgien ; alors seulement je prends un parti : ou je pratique immédiatement, ou j'ajourne l'opération et quelquefois j'y renonce ; puis, lorsque la fièvre survient, j'applique à chaque cas le traitement curatif qu'il réclame, et je n'ai définitivement recours aux préparations de quinquina que lorsqu'elles sont réellement indiquées.

2° Considérant comme un excès de prudence les précautions que j'ai recommandées, les présentant même comme une faute de pratique, en raison de la lenteur qu'elles entraînent, les chirurgiens à la pratique desquels je fais allusion, procèdent immédiatement aux opérations, et ils adoptent contre la fièvre consécutive une médication dont la quinine fait la base essentielle ; ils s'appuient en cela, sur les résultats obtenus par l'emploi de ce sel contre les fièvres intermittentes en général.

Qu'on attribue la fièvre à une néphrite ; que les accès reviennent tous les jours ou seulement de loin en loin, *toutes les semaines par exemple* ; que la fièvre soit à type continu, à marche ir-

régulière, qu'elle tienne à des lésions organiques; qu'on soupçonne même l'existence d'une péritonite; on paraît ne voir que la quinine comme agent curatif, et par suite d'un engouement dont on ne se rend pas raison, ses partisans persistent; ils forcent les doses; ils varient les applications par la bouche, par l'anus, par la méthode endermique; ils croiraient manquer à leurs devoirs s'ils laissaient mourir un malade sans lui avoir administré les préparations de quinquina.

Quelques opérés paraissent obtenir d'abord un peu de soulagement; mais il ne se soutient pas, et bientôt ils éprouvent un sentiment de malaise inexprimable, avec dépravation du goût et retour, chaque nuit, d'une agitation fiévreuse qui prolonge indéfiniment la convalescence. On cite même quelques cas dans lesquels il a fallu renoncer à l'usage de la quinine, qui, au lieu de couper la fièvre, aggravait la position du malade, en produisant tantôt des désordres généraux, inflammatoires ou nerveux; tantôt des accidents locaux, la néphrite, l'hématurie, la cystite, la rétention d'urine, ainsi que tendent à le prouver des observations récentes publiées dans le *Bulletin de thérapeutique* et le *Moniteur des hôpitaux* pour 1857.

Cependant on assure que, dans beaucoup de cas simples, la quinine arrête la fièvre après le premier accès; mais ne fait-on pas abus de l'interprétation en attribuant ce résultat à la médication employée?

Ne sait-on pas que, dans ces circonstances, il n'y a en général qu'un seul accès de fièvre qui se termine presque toujours par la sueur, et sans l'intervention de l'art? Ce point de pratique ne saurait être contesté aujourd'hui.

En supposant à la quinine l'action qu'on lui prête, son emploi, se généralisant, peut nuire : 1° en produisant une sorte de perturbation dans un travail qui s'effectue naturellement; 2° en détournant le praticien d'entreprendre autre chose. Faut-il ajouter que la méthode empirique à laquelle je fais allusion, tend à faire supposer que le praticien a devant les yeux une fièvre qu'il peut envisager à un seul point de vue et traiter de la même manière, et que toute la question thérapeutique de la fièvre uréthro-vésicale se réduit à ces trois termes : *opération*, *fièvre* et *quinine*.

A juger d'après la manière dont on a rapporté certains faits qui me sont connus, et les commentaires obligés dont on les accompagne, le temps ne me paraît pas encore venu de rassembler et de discuter les résultats cliniques obtenus par cette méthode, et m'en référant à ce que je viens d'en dire, je me bornerai à rapporter une observation intéressante dont on lit les détails dans le *Moniteur des hôpitaux*, p. 946, pour 1856 ; elle donnera peut-être une idée approximative de ce qu'on observe dans ces circonstances.

Rétrécissement de l'urèthre soupçonné.— Lésions antérieures des reins et de la vessie méconnues. — Introduction d'une fine bougie. — Accidents intermittents, intensés et prolongés. — Mort. — Néphrite aiguë double entée sur une lésion chronique. — Réflexions sur le diagnostic et le traitement de cette maladie, par M. le docteur Verneuil.

« J'accomplis, en publiant cette observation, un pénible devoir (1), celui de raconter un fait malheureux, un cas de mort à la suite d'une opération usuelle presque insignifiante, et quoique, dans l'état de la science, je croie pouvoir m'absoudre d'une participation sérieuse à cette issue funeste, je me propose d'examiner consciencieusement jusqu'à quel point j'aurais pu l'éviter.

» A une époque où les maladies de l'urèthre, et surtout les opérations praticables sur ce canal, sont plus que jamais peut-être à l'étude, je crois utile, dit M. Verneuil, sinon indispensable, d'apporter un fait qui, par malheur, est loin d'être rare, mais sur la nature duquel plane encore beaucoup d'obscurité. J'ai pour ma part assisté depuis quelques années à des discussions nombreuses et souvent passionnées sur les diverses méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre, et j'ai vu surtout le nombre et la gravité des accidents consécutifs constituer les

(1) On ne saurait considérer comme telle, l'obligation imposée à tout chirurgien honnête de faire connaître les résultats de sa pratique, tels qu'ils sont. On ne doit point perdre de vue que les cas dits malheureux sont spécialement plus instructifs et concourent plus sûrement au progrès de l'art que ceux dans lesquels on obtient un succès facile. Félicitons M. Verneuil qui adopte, en devenant un praticien distingué, la marche suivie par les plus grands maîtres. Ce qu'il appelle un pénible devoir est un acte d'indépendance qui l'honore d'autant plus qu'il est plus rare dans notre siècle où dominent les vues étroites de l'intérêt matériel.

principaux arguments pour ou contre telle ou telle pratique. Or, les questions litigieuses ne se tranchent guère qu'avec des faits.

» *Observation.*—Hubert (Pierre), âgé de quarante-deux ans, de haute taille et d'une constitution vigoureuse, entra, le 16 août, salle Saint-Jean, n° 5, dans le service de M. Ph. Boyer, que je remplaçais alors. Il avait subi autrefois une amputation partielle du pied, qui était actuellement presque complétement guéri, mais qui gênait encore trop la marche pour que le malade pût reprendre l'état de tonnelier, qu'il exerçait auparavant.

» Il demandait à entrer à l'hôpital, et comme j'étais curieux d'étudier le résultat de son opération (sujet familier de mes recherches), je consentis à le recevoir quelques jours. Au bout de trois semaines, je voulus le renvoyer, il insista pour rester encore, et, pour son malheur, sa demande lui fut accordée. En ce moment, trois cas très divers de rétrécissement étaient soumis à mes soins. Éprouvant depuis longtemps de la difficulté à uriner, notre homme pensa qu'il serait bon de mettre à profit son séjour à l'hôpital pour se faire traiter d'un rétrécissement dont il se croyait atteint, et fit part de son désir à un élève instruit du service. La visite était finie, j'étais parti. L'élève introduisit une sonde sans grande difficulté ; l'instrument s'arrêta pourtant à une certaine profondeur ; quelques gouttes de sang s'écoulèrent ; mais il n'en résulta ni douleur, ni accident.

» Le lendemain, je fus averti de l'intention du malade et de ce qui s'était passé. J'interrogeai et j'appris que, depuis de longues années, existait une certaine difficulté dans l'émission des urines, que le jet était ténu, projeté à une petite distance, et que de temps en temps tous ces inconvénients s'exagéraient beaucoup. Le cathétérisme est indispensable dans le diagnostic des troubles de cette nature, et le sujet désirait être traité ; je ne crus pas devoir lui refuser mes soins.

» Je pris d'abord une bougie de 1 millimètre 1/2 environ, munie d'un renflement terminal ; je l'introduisis avec beaucoup de soin et de lenteur ; elle ne fut arrêtée nulle part et ne causa aucune douleur. J'en pris une autre de 3 millimètres, conique et terminée également par une boule ; elle fut arrêtée et une légère sensation pénible fut accusée ; la bougie était vigoureusement étreinte par le canal à une profondeur inconnue, mais assez

grande. Je ne la retirai point et préférai me contenter pour ce jour-là de cette exploration incomplète, ayant pour principe de ne faire autant que possible, dans les voies urinaires, que des *séances très courtes.* J'engageai le malade à conserver sa bougie trois heures, et moins s'il ressentait quelques douleurs ; celles-ci manquèrent tellement, que l'instrument fut conservé six heures, puis retiré sans coup férir.

» C'est à dessein que je donne avec quelque prolixité ces détails initiaux.

» Dans le courant de la nuit, le malade, qui avait dîné comme à l'ordinaire, fut pris d'un frisson extrêmement intense, qui dura plus de deux heures, fut suivi de chaleur pendant un temps plus long encore et se termina par une sueur abondante. A huit heures et demie du matin, il y avait encore de la moiteur ; le pouls était large, plein et assez fréquent ; la face était plutôt abattue que vultueuse ; la langue un peu sèche ; les forces diminuées, il y avait de l'anorexie, de la soif, de l'amertume de la bouche, du dégoût. J'explorai avec attention l'urèthre, le périnée, les bourses, l'hypogastre, le ventre, et ne découvris absolument rien ; les urines étaient rendues comme de coutume ; au reste, le malade affirmait ne souffrir nullement et de nulle part.

» Après cet examen négatif, je pensai avoir affaire à ces accidents intermittents si connus, et je prescrivis un bain tiède donné auprès du lit, et l'administration de 40 centigrammes de sulfate de quinine en pilules au moment de la rémission, qui paraissait devoir être prochaine, et qui eut lieu, en effet, vers onze heures.

» Un second accès, aussi intense et plus long que le premier, survint avant la tombée de la nuit ; il durait encore le lendemain à l'heure de la visite ; il y avait eu un peu de délire dans la nuit. Cependant le malade répondait très clairement à nos questions et se disait toujours exempt de toute douleur locale. L'examen organique renouvelé resta aussi négatif que la veille, seulement l'état saburral était beaucoup plus prononcé, et comme en ce moment une grande partie de la salle était sous cette influence, comme je le dirai plus loin, je prescrivis sur-le-champ un éméto-cathartique, sans préjudice de la dose de sulfate de quinine, qui devait être prise seulement dans l'après-midi.

L'accès du soir se montra, mais beaucoup plus faible ; le matin du troisième jour, l'amélioration était très notable; sans être revenu au type normal, le pouls était cependant à peine plus rapide que dans l'état de santé; il n'était point dur, mais seulement un peu vibrant.

» Confiant dans mon diagnostic, j'augurai bien de l'issue de ces accidents ; je fis diminuer la dose de quinine (30 centigrammes), et, ne croyant pas la diète nécessaire, je permis deux potages à prendre en temps utile.

» Il y avait bien eu quelques frissons erratiques, mais le malade, qui d'ailleurs se trouvait beaucoup mieux, nous dit que dans l'état de santé il éprouvait à chaque instant ce phénomène, à cause, disait-il, de son séjour habituel dans des caves fraîches et des brusques transitions de température auxquelles l'exposait sa profession.

» Mais notre espoir fut bientôt déçu. Un nouvel accès violent survint dans la nuit suivante avec délire, prostration, dyspnée, nausées, sécheresse de la langue, etc. Les frissons s'étaient renouvelés à plusieurs reprises et avec intensité. La poitrine et la cavité abdominale furent de nouveau explorées par moi encore et par plusieurs autres personnes. En percutant la rate et en pressant sur les régions latérales de l'abdomen, je constatai une légère douleur dans la région du rein gauche. Mon attention éveillée, je diagnostiquai une néphrite du côté correspondant; les urines, qui jusque-là avaient été presque normales, offraient un dépôt muco-purulent assez abondant.

» Le sulfate de quinine fut suspendu; huit ventouses scarifiées furent appliquées sur la région lombaire gauche; un bain tiède prolongé, un laxatif complétèrent la prescription.

» Le lendemain, tout était dans le même état, si ce n'est que la douleur, au toucher, avait disparu ; le pouls était fort et fréquent; je fis faire une saignée de trois palettes; le caillot était petit, rétracté et couvert d'une couenne assez épaisse.

» Il n'y eut point d'amélioration sensible; comme le pouls avait beaucoup baissé et que la prostration était très grande, je n'osai pas insister sur les émissions sanguines. La facilité extrême avec laquelle la douleur lombaire avait cédé, la persistance des frissons, l'état typhoïde prononcé jetaient quelque doute sur mon

diagnostic, et tout en admettant quelque complication du côté du rein, je ne savais s'il s'agissait d'une néphrite pure et simple, d'une périnéphrite ou d'une infection purulente, suite de quelque phlébite du tissu spongieux de l'urèthre.

» J'ordonnai l'alcoolature d'aconit sans grand espoir de sauver mon malade, qui me paraissait perdu ; puis, à la fin, je donnai, pour relever les forces, le quinquina et le musc en lavement.

» La vie se prolongea pourtant cinq jours encore sans grand changement dans les symptômes ; la fièvre continua, mais avec des modifications ; elle devint d'abord continue, mais avec des recrudescences marquées toujours par le frisson ; d'abord elle affecta le type d'une fièvre à accès subintrants, puis le type très franc d'une quotidienne doublée.

» Les urines se chargèrent d'un dépôt muco-purulent de plus en plus abondant ; mais les voies génitales et la vessie ne furent jamais douloureuses. Je fus un jour trompé par un renseignement ; on me dit qu'une selle abondante avait eu lieu, et qu'elle était composée surtout d'une grande quantité de matières blanchâtres : je soupçonnai que peut-être un abcès périnéal s'était ouvert dans l'intestin. Malgré une apparente rémission dans les symptômes qui se montra le huitième jour, notre pauvre homme succomba ou plutôt s'éteignit paisiblement dans la nuit du onzième.

» Je dois noter qu'à aucune époque, la sueur, l'haleine ni les sécrétions n'exhalèrent aucune odeur urineuse. Jamais le foie, les poumons ne parurent atteints ; en aucun point des membres n'apparurent la moindre tuméfaction, la moindre douleur.

» *Autopsie faite quarante-huit heures après la mort.*—Le cadavre est avancé ; l'abdomen est verdâtre, un peu distendu par des gaz. Les intestins sont sains, sauf dans l'étendue de 1 mètre 1/2 environ, où ils présentent une coloration d'un rouge livide, mais qui paraît cadavérique ; pas d'épanchement dans le péritoine, ni de traces de péritonite. La rate est volumineuse, livide, très friable ; le foie est verdâtre, mais n'offre rien de particulier. Les plèvres, les poumons sont très sains. La plupart des articulations ont été ouvertes et n'ont rien présenté d'anormal ; la cavité centro-spinale n'a pas été explorée.

» L'autopsie n'a pas été aussi complète qu'on aurait pu le dési-

rer, mais les lésions trouvées dans l'appareil urinaire paraissent bien suffisantes pour expliquer la mort.

» Aussitôt que la masse intestinale est enlevée, on est frappé tout d'abord de l'aspect des régions occupées par les reins. En effet, on constate de chaque côté, mais bien plus du côté gauche, une décomposition cadavérique très avancée, le tissu cellulaire, d'un brun verdâtre, est soulevé et rendu emphysémateux par des gaz abondants très fétides ; il en résulte la formation de deux tumeurs molles, fluctuantes et crépitantes à la place des reins. Sans compléter la dissection, on observe également la distension extrême des veines rénales, de la veine cave inférieure et des veines pelviennes. Un sang très foncé, visqueux et non coagulé, remplit ces vaisseaux, qui ne présentent néanmoins nulle trace de phlébite.

» La vessie est médiocrement distendue ; ses vaisseaux extérieurs sont plus apparents que de coutume, et ses parois offrent un épaisissement appréciable au simple toucher. Les uretères sont dilatés et serpentins, surtout au voisinage du hile rénal.

» Examinons les lésions avec plus de soin. L'appareil génito-urinaire tout entier est enlevé et disséqué convenablement ; le rein gauche, du côté par conséquent où la néphrite a été soupçonnée pendant la vie, est énorme ; il mesure au moins 20 centimètres de long sur 12 à 15 centimètres de largeur et d'épaisseur. La capsule fibreuse s'en détache avec la plus grande facilité ; elle est même en quelques points soulevée naturellement par des épanchements sanguins. Le bassinet déborde de beaucoup le bord interne et figure avec l'uretère l'extrémité d'un vaste entonnoir. La glande est molle et fluctuante ; sa coloration extérieure est presque noire lorsque la capsule fibreuse est enlevée. Une coupe pratiquée suivant l'axe et sur le bord convexe montre :

» 1° Une dilatation très ample du bassinet et des calices ; chacun de ceux-ci admettrait facilement la dernière phalange du pouce. La muqueuse est épaissie, ainsi que la doublure fibreuse. La surface interne présente une injection très riche formée par une foule d'étoiles vasculaires très élégantes ;

» 2° Un verre de pus assez épais et coloré par du sang remplit incomplétement ce vaste réservoir.

» 3° Les substances corticale et médullaire ne sont plus reconnaissables. Le parenchyme rénal, dans sa totalité, forme une

couche de plus de 5 centimètres d'épaisseur d'un rouge foncé extrêmement intense, mélangé de pourpre vif et de tons violacés ; on croirait avoir sous les yeux la cassure d'un caillot veineux.

» Des foyers hémorrhagiques plus ou moins étendus constituent, avec la substance glandulaire, une pulpe molle, diffluente ; une espèce de deliquium analogue à la boue splénique. Nulle part on ne trouve de foyer purulent. Il s'agit donc d'une néphrite aiguë et d'une pyélite purulente des plus intenses.

» L'injection, la rougeur de la muqueuse du bassinet se continuent dans les uretères qui sont hypertrophiés, et vont en diminuant vers la vessie. La muqueuse de celle-ci est encore un peu injectée, surtout au niveau du bas-fond ; elle est soulevée par des faisceaux musculaires hypertrophiés et diversement entre-croisés et s'enfonce dans les interstices. La vessie peut donc être dite à cellules et à colonnes.

» Le faisceau musculaire qui ferme son orifice est volumineux, arrondi, contracté, résistant au toucher, surtout dans la moitié postérieure, où il figure une sorte de valvule s'avançant vers le pubis. L'orifice des uretères est à la place accoutumée, mais il est élargi et admet du premier coup une grosse sonde de femme.

» L'urèthre est fendu par sa paroi supérieure. La muqueuse *est absolument saine;* il n'y a pas la moindre trace de fausse route ni même d'une excoriation, si légère qu'elle soit ; cette membrane est pâle dans ses deux tiers postérieurs, un peu plus colorée dans la portion antérieure où existent une foule d'orifices glandulaires. Rien n'indique d'une manière évidente la présence d'un rétrécissement, les portions membraneuse et prostatique sont non-seulement contractées dans le sens transversal, mais elles paraissent très raccourcies ; car, réunies ensemble, elles n'atteignent pas 4 centimètres ; le bulbe en arrière, quoique médiocrement développé, touche immédiatement la prostate. Cette glande est d'un petit volume et très mince en avant. Le tissu spongieux de l'urèthre et des corps caverneux, les veines qui entourent la prostate et le col de la vessie, ne révèlent aucune trace de phlébite ancienne ou récente. La verge et les testicules sont en général peu volumineux.

» Si nous résumons l'histoire clinique de cette maladie, nous

voyons que sous l'influence d'un simple cathétérisme, sans lésion apparente de l'urèthre, sans phénomènes morbides du côté du bassin, des accidents fébriles à marche toujours croissante se sont développés, affectant non-seulement le type intermittent le plus tranché, mais jusqu'aux transformations que ce type subit dans quelques fièvres paludéennes à marche anomale.

» Nous voyons aussi qu'à l'exception des premiers jours, où j'ai pu croire, d'après la tradition, à des troubles purement physiologiques, le diagnostic a toujours été chancelant et a oscillé entre les accidents sans lésion du cathétérisme, la néphrite, la périnéphrite, l'infection purulente.

» Qu'en regard de l'incertitude du diagnostic s'est placée l'incertitude du traitement, c'est-à-dire une thérapeutique bâtarde, hésitante, contradictoire, dans laquelle les médications ont été plutôt tirées des symptômes que de la nature réelle du mal. »

Le cas dont je viens de reproduire les intéressants détails appartient à la catégorie de ceux dont l'ensemble des accidents constitue ce que j'appelle fièvre mixte; l'état fébrile existait avant l'opération; il s'était manifesté différentes fois par des symptômes évidents, et il a été exagéré, aggravé par la manœuvre opératoire. J'ai dit que ces cas sont toujours graves. Sous l'influence d'une impulsion moins forte que celle qui a été donnée dans cette circonstance, on voit souvent les phénomènes les plus alarmants se développer, parcourir leurs périodes, et arriver à une terminaison fatale, sans qu'on parvienne à découvrir, soit dans les organes primitivement attaqués, soit dans l'ensemble de l'économie, aucune lésion propre à rendre compte de ce qu'on observe. De l'ignorance des causes, de l'incohérence des symptômes naissent la confusion et l'incertitude du traitement, et, par suite, on est réduit à cette thérapeutique d'hésitation si bien caractérisée par M. Verneuil.

Art. II. — De quelques phlegmasies peu connues, a la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre et dans la vessie.

Aux premières éditions de cet ouvrage, j'avais consacré un article spécial du premier volume, intitulé : *Abcès survenus en*

diverses parties du corps pendant le traitement des maladies de l'urèthre, à l'étude de phénomènes extraordinaires qui m'avaient frappé dans ma pratique. Les rapports que j'ai reconnus depuis entre ces phénomènes et ceux dont l'exposé précède m'ont conduit à les réunir ici.

La fièvre uréthro-vésicale ne suit pas toujours la marche que je viens d'indiquer; quelquefois le travail morbide se localise sur des parties qui sont attaquées, même par une sorte de préférence. Ce sont les masses musculaires et les articulations des membres inférieurs en particulier; quelques organes intérieurs peuvent aussi être envahis. Ce qui distingue ces phlegmasies et les abcès qui en résultent de toute autre, c'est : 1° que les désordres consécutifs s'effectuent sur des points éloignés de celui sur lequel l'instrument a porté, et qui n'ont avec lui que des rapports difficiles à expliquer ; 2° qu'ils ont des caractères propres, et surviennent à la suite d'accès de fièvre provoqués par une opération chirurgicale ; quelquefois, cependant, cette phlegmasie ne paraît qu'au bout d'un ou plusieurs jours; elle se développe même sans accès de fièvre préalable. Quoi qu'il en soit, pendant le cours des maladies de l'urèthre, et surtout pendant celui du traitement dirigé contre elles, on voit quelquefois se déclarer d'une manière subite, des douleurs et des symptômes alarmants dans les articulations, et les masses musculaires des membres en particulier. Dans les cas de ce genre que j'ai rencontrés, la marche des accidents a été rapide et uniforme : l'inflammation, qui, de prime abord, envahissait une surface assez étendue, sans avoir de physionomie bien tranchée, a fini le plus souvent par se circonscrire, prendre une allure particulière, et se terminer par une copieuse suppuration fétide, différente à plusieurs égards de celle qu'on observe dans les phlegmons ordinaires.

Première série de cas.

Premier fait. — M. P..., officier de marine, âgé de trente-six ans, avait depuis longtemps de la peine à uriner. Craignant d'être attaqué de la pierre, il vint me consulter. Je reconnus que l'urèthre était rétréci en plusieurs points, et je conseillai l'usage des bougies, que le malade introduisit lui-même assez souvent.

Il y eut une amélioration rapide et soutenue. Après les deux premières introductions, l'urine coula plus facilement; des ulcérations superficielles, qui, depuis plusieurs mois, existaient au gland, disparurent, et la santé devint satisfaisante sous tous les rapports. Mais le désir d'accélérer la dilatation de l'urèthre détermina un jour le malade à prendre une bougie trop forte ou du moins hors de proportion avec la précédente. Le soir même il eut un peu de fièvre, qui revint le lendemain et les jours suivants, mais sans régularité; bientôt il s'y joignit des douleurs dans les membres, notamment dans la jambe gauche : le malade toussait aussi un peu; la langue était sèche et rouge. La douleur cessa promptement à la jambe, mais reparut plus forte à l'épaule droite; ce fut alors qu'on m'appela. Indépendamment de cette douleur scapulaire et de l'état général, je trouvai, au-devant du scrotum, un très petit abcès superficiel dont je fis l'ouverture. Quoique l'urine sortît librement, je plaçai une sonde flexible dans l'urèthre, frappé que je fus des caractères de l'urine, qui était d'un jaune orangé foncé et un peu fétide. Du reste, il y avait à l'épaule une douleur excessive, avec tuméfaction et rougeur considérables. Ces symptômes locaux furent combattus par les antiphlogistiques, que réclamait d'ailleurs l'état général, mais qui n'eurent pas de résultat. Il se forma à l'épaule un vaste abcès, d'où coula une grande quantité de pus lactescent, mal lié et très fétide. L'ouverture de ce dépôt ne fut suivie que d'une amélioration incomplète et temporaire; cependant la suppuration n'était point assez abondante pour épuiser le malade; il y avait surtout une irritation générale tellement vive que tout repos était impossible; rien ne put la calmer, et je fus même obligé de retirer la sonde. Un petit abcès superficiel s'était formé aussi à la face externe de la jambe gauche; il s'ouvrit de lui-même, et donna un pus semblable à celui de l'épaule; bientôt la suppuration se tarit de l'un et l'autre côté; mais l'état s'aggrava de jour en jour, et la mort finit par enlever le malade. On ne fit pas l'ouverture du corps.

Jusqu'à la fin l'urine conserva sa teinte orangée et sa fétidité. L'état nerveux persista après l'ouverture de l'abcès à l'épaule et l'épuisement du travail inflammatoire, sans qu'on pût découvrir aucune lésion propre à en rendre raison, car le séjour de la

sonde ne devint pénible que la veille du jour où l'instrument fut retiré, et l'émission de l'urine eut lieu, comme auparavant, avec facilité et sans efforts; il n'en sortait pas par l'ouverture que j'avais faite à l'abcès situé au-devant du scrotum.

Ce fait m'en rappela un autre que j'avais observé en 1826, et dont voici les principales circonstances.

Deuxième fait. — Un adulte fortement constitué avait eu plusieurs blennorrhagies, par suite desquelles il survint un rétrécissement à la courbure du canal. Deux cautérisations légères et l'introduction de quelques sondes flexibles, gardées une heure par jour, suffirent pour rétablir le diamètre de l'urèthre. Le traitement était, pour ainsi dire, terminé, lorsque tout à coup, et sans cause appréciable, survint un violent accès de fièvre, qui se reproduisit le lendemain, malgré la sueur abondante dont le frisson avait été suivi. Le malade perdit subitement l'appétit et le sommeil; la langue devint blanche et comme laiteuse; il se forma au périnée un vaste abcès, en même temps qu'à la jambe droite se manifesta une douleur excessive, avec engourdissement. Un abcès non moins vaste parut à la partie antérieure et interne de cette dernière. Telle était la situation du malade lorsque je le vis. Les abcès du périnée et de la jambe furent ouverts; il s'en écoula un liquide semblable à celui que fournissent les dépôts urineux. Un autre abcès se développa au genou correspondant; la matière qui en sortit était encore la même. Le lendemain, l'autre jambe tomba malade; mais la douleur, au lieu de se localiser, s'étendit à tout le membre et jusqu'à l'aine. Trois jours après le malade mourut.

Troisième fait. — M. D..., de l'île de France, dont j'ai parlé dans ma troisième *Lettre sur la lithotritie*, éprouva, en 1832, des difficultés d'uriner produites par un rétrécissement de l'urèthre, récidive de celui dont il avait été guéri quatre ans auparavant : la rétention d'urine était complète lorsqu'on m'appela. Cependant je me bornai à introduire une très petite bougie, qui s'engagea dans le point rétréci; cette bougie fut retirée quelques instants après, et le malade rendit une faible quantité d'urine, ce qui dispensa de recourir au cathétérisme. Le lendemain, le calme étant beaucoup plus grand, je m'occupai de guérir le rétrécissement par la dilatation temporaire; celle-ci fut faite avec lenteur,

sans secousses, sans douleurs vives, sans nul trouble dans les fonctions, et jamais le malade ne garda la chambre. Une bougie n° 9 pénétrait facilement dans la vessie, lorsque tout à coup des douleurs se manifestèrent dans les membres, la jambe gauche spécialement. Bientôt apparut un peu d'enflure près de la malléole externe. On se contenta d'appliquer des cataplasmes émollients et de prescrire du repos. Le mal ne fit pas de progrès, mais il changea de place, et envahit la partie supérieure de la jambe; l'inflammation gagna le genou et la partie supérieure interne de la cuisse, où elle se fixa d'une manière plus particulière. Les téguments offraient à peine quelques traces de phlogose; mais il y avait un empâtement remarquable du tissu cellulaire superficiel et même profond; la pression était douloureuse dans toute l'étendue des parties affectées, et l'état général de la santé fort alarmant; perte complète de l'appétit et du sommeil, fréquence et petitesse du pouls, prostration considérable des forces, amaigrissement rapide, délire, altération des facultés intellectuelles. L'inflammation locale, sans suivre une marche franche et régulière, faisant cependant des progrès, la tumeur se ramollit en plusieurs endroits, la fluctuation devint manifeste, et j'eus trois ou quatre abcès à ouvrir : le premier à la partie supérieure et antérieure du tibia; le second sur le côté externe de l'articulation du genou; le troisième à la région interne et inférieure de la cuisse. Il s'écoula surtout du dernier beaucoup de pus blanc, fétide et presque liquide, dont une certaine quantité sortit aussi à chaque pansement. Cette circonstance, jointe à l'étendue de l'inflammation, m'inspirait des inquiétudes pour le salut du malade, ou tout au moins pour la conservation du membre. Ce qui rendait le cas plus grave encore, c'est que de nouveaux abcès se formaient au pourtour du genou, à la partie supérieure et postérieure de la jambe. L'inflammation fut combattue par tous les moyens usités en pareil cas; mais, après l'ouverture des derniers abcès, les symptômes ne tardèrent pas à se calmer, le délire surtout cessa presque entièrement, et la suppuration des dépôts primitifs diminua d'une manière sensible; bientôt, l'abcès supérieur, qui était le plus considérable, ne fournit qu'une petite quantité de pus, mieux lié et de meilleure apparence que pendant les deux premiers jours; la suppuration cessa

plus promptement encore dans les autres, et y fut remplacée par un suintement séreux; enfin, la fièvre s'éteignit, et le sommeil se rétablit. Deux nouveaux abcès furent encore ouverts à la partie supérieure de la jambe, mais ils étaient petits et superficiels, et ils ne fournirent qu'une faible quantité de pus, qui cessa de couler dès le second jour. Le liquide que tous ces petits abcès fournissaient après le premier jour était une sorte de sérosité, tantôt blanche, tantôt légèrement colorée en jaune. L'appétit ne tarda pas à se rétablir, et l'amélioration, tant locale que générale, se prononça rapidement. L'abcès supérieur de la cuisse était circonscrit par un gonflement et une induration considérables du tissu cellulaire; cet état morbide se dissipa, la suppuration se tarit, et le membre revint à ses proportions normales. Bientôt le malade ne conserva plus que les plaies des deux derniers abcès, avec un gonflement œdémateux de la jambe et du pied; il finit par recouvrer une parfaite santé.

Quatrième fait. — Halot, menuisier, de Paris, âgé de cinquante-six ans, d'une mauvaise constitution et d'une corpulence flasque, portant depuis dix ans des cicatrices d'abcès sur diverses parties du corps, éprouvait des douleurs néphrétiques au côté droit surtout, et rendait de temps en temps des graviers plus ou moins volumineux. L'un de ces calculs, engagé dans le col de la vessie, où sa présence avait déterminé, pendant vingt-quatre-heures, une ischurie complète, fut, en 1829, repoussé dans le viscère. Depuis lors le malade continua de rendre des graviers; mais les envies d'uriner devinrent plus fréquentes, et, après les avoir satisfaites, il ressentit des douleurs au bout du gland. Dans cet état de choses, il entra à l'hôpital Necker en 1834; ses douleurs étaient plus vives depuis quinze jours, et il avait de la peine à uriner; la sonde me fit découvrir un très petit calcul dans la vessie. Pendant la soirée, il y eut un accès de fièvre et du dévoiement; mais les accidents n'ayant pas eu de suite, je me mis en voie de préparer l'urèthre à recevoir les instruments lithotriteurs. Une bougie de 2 lignes et un quart n'ayant pu franchir un rétrécissement situé à 4 pouces, je la laissai pendant un quart d'heure devant cet obstacle, qu'elle traversa le lendemain sans efforts; mais elle rencontra une seconde coarctation, qu'elle franchit toutefois sans difficulté; après quoi elle parvint dans la

vessie, où elle demeura pendant une demi-heure. Quand je la retirai, elle rapporta deux empreintes, l'une à 4 et l'autre à 5 pouces du méat urinaire. Il y eut encore ce jour-là un accès de fièvre, qui se prolongea assez avant dans la nuit. Les jours suivants, je fus obligé de suspendre le traitement préparatoire; un calcul s'engagea dans le col de la vessie, où sa présence détermina une ischurie et une vive réaction générale; le corps étranger fut repoussé, et les accidents se calmèrent. Mais, deux jours après, ils reparurent par la même cause; à la suite de douleurs aiguës et d'efforts considérables, le malade rendit un calcul anguleux et très dur ayant 2 lignes de diamètre. Il fut pris de syncopes, d'étourdissements, de tremblement général, suivi de chaleur et de sueur. La fièvre continua encore pendant quelques jours avec le type intermittent quotidien; l'accès débutait tous les soirs par des frissons, et se terminait dans la matinée suivante par une petite sueur. Du reste, l'émission de l'urine était facile depuis l'expulsion du calcul. Au bout de quelques jours je pus continuer à préparer le canal par les bougies; mais un accident nouveau vint encore m'interrompre. Un vaste abcès, accompagné de fièvre, se développa dans l'épaisseur de la cuisse gauche, à sa partie postérieure et moyenne; à l'ouverture il en sortit une grande quantité de pus sanieux, dont l'écoulement continua les jours suivants. Au bout d'une douzaine de jours, le malade était rétabli de ce nouvel échec; il avait beaucoup maigri, et il se plaignait sans cesse de douleurs vagues. Je n'en crus pas moins devoir reprendre le traitement préparatoire, si souvent interrompu, d'autant mieux que, depuis la cessation de l'emploi des bougies, les difficultés d'uriner avaient reparu. Le même soir un nouvel accès de fièvre m'avertit de suspendre encore toute tentative d'agir sur un urèthre dont l'irritabilité était si prompte à provoquer des réactions générales, et je cédai au désir du malade, qui voulut quitter l'hôpital.

Cinquième fait. — Carey, maçon, âgé de trente-cinq ans, éprouvait divers symptômes de l'affection calculeuse depuis environ dix-huit mois; l'émission de l'urine était très difficile; le malade éprouvait des besoins fréquents d'uriner, et le liquide déposait d'abondantes mucosités. Je m'assurai par le cathétérisme que la vessie contenait un calcul peu volumineux; cette circonstance

fit penser que la lithotritie enlèverait promptement la cause des souffrances; cependant le malade offrait des dispositions peu favorables; la perte récente de sa femme et l'éloignement de ses enfants agissaient sur lui de manière à faire craindre une réaction fâcheuse; du reste, l'urèthre était libre, même très large. Une première séance de lithotritie eut lieu le 21 février, et fut suivie d'un peu de fièvre, qui reparut encore le lendemain. Le 23, douleurs pongitives dans la région rénale droite, anxiété, accablement moral, vive douleur en urinant, urine rouge, fièvre. Le 24, teinte jaunâtre de la face, hypogastre douloureux à la pression, urine rare, sortant avec peine, persistance des douleurs néphrétiques; le cathétérisme ayant fait reconnaître un fragment de pierre arrêté dans la partie membraneuse du canal, je retirai ce débris à l'aide d'une pince uréthrale. Le calme se rétablit; mais, quelques jours après, le lendemain de la sortie spontanée d'un fragment anguleux, il y eut un accès de fièvre, précédé de tremblement et suivi d'une sueur abondante. Le 1er mai, disparition complète des douleurs rénales, mais invasion subite de douleurs vives dans le pied droit, autour des malléoles; le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement de cette partie; son urine était trouble et fétide. Le 2 mai, augmentation des douleurs articulaires, et rougeur considérable de l'articulation du pied avec la jambe. Après une série d'accidents, en partie fort graves, le 16, eut lieu l'ouverture spontanée d'un gros bouton derrière la malléole externe: il en sortit une sanie purulente, provenant de parties plus éloignées. De nouveaux abcès se développèrent ainsi successivement au-dessous de la malléole interne, sur la partie moyenne et supérieure du métatarse, sous la plante du pied, à la partie inférieure du premier métatarsien, enfin au-dessus de la malléole interne. Ces divers abcès furent ouverts au fur et à mesure de leur formation. La matière qu'ils contenaient était une sanie séreuse, semblable à celle que donnent certaines tumeurs urineuses incisées avant la formation du pus; ils n'avaient point leur siége dans l'intérieur des articulations, mais bien dans le tissu cellulaire. Les mouvements du pied demeurèrent gênés, mais finirent cependant par se rétablir. Il me fut possible de reprendre l'application des procédés lithotritiques,

et le 5 septembre, après cinq séances, le malade se trouva délivré de sa pierre sans qu'il survînt de nouveaux abcès.

A côté de ces faits, j'en placerai deux dont j'avais fait connaître les détails antérieurement.

Sixième fait. — Au sujet du malade Hurelle, dont l'observation se trouve à la page 107 de ma deuxième *Lettre sur la lithotritie*, je disais :

« On commençait le traitement préparatoire lorsqu'il survint » de la fièvre, avec sécheresse de la langue, abattement physique » et moral, perte complète de l'appétit et du sommeil, etc. Les » sangsues, les émollients, les calmants furent successivement » employés ; les accidents persistèrent, notamment *des douleurs » extrêmement vives dans les articulations coxo-fémorales.* »

Le malade dut être taillé, et cette opération fut faite par le haut appareil. En divisant la ligne blanche, on découvrit un vaste dépôt qui s'était formé à l'hypogastre au-devant de la vessie. La mort survint le huitième jour.

Septième fait. — C'est le cas du malade F..., qui subissait un traitement pour une coarctation uréthrale, et dont l'observation est consignée page 224 de mon premier ouvrage *Sur la lithotritie*, publié en 1827 : « Un léger écart de régime fit reparaître la dif- » ficulté d'uriner ; il se manifesta de la fièvre avec frissons suivis » de sueurs ; des urines rares chassèrent des mucosités abon- » dantes ; la langue devint blanche ; il y eut perte d'appétit et » de sommeil ; décoloration de la peau ; enfin décomposition des » traits de la face. Un vaste abcès urineux se forma au périnée, » et des douleurs vives se firent sentir à la jambe droite, où s'éta- » blit un autre abcès qui en occupait les deux tiers supérieurs. » L'ouverture de ces deux abcès ne fut suivie d'aucun soulage- » ment ; la fièvre devint continue, et se compliqua d'accidents » nerveux ; des douleurs aiguës se manifestèrent dans les articu- » lations coxo-fémorales, et un nouveau dépôt se forma au » genou droit ; on ne l'ouvrit pas ; le malade succomba le lende- » main. L'autopsie ne fut pas faite. »

Dans ces divers cas, l'inflammation et les abcès déterminés par elle se sont déclarés à la suite d'une irritation plus ou moins vive produite dans l'urèthre par le passage d'un instrument ou de toute autre manière, et avec des nuances, toutefois, qu'il im-

porte de noter. Ainsi, dans le premier, une légère surdistension des parois du canal, produite par une bougie molle, suffit pour provoquer la réaction fébrile, avec douleur phlegmasique à la jambe gauche et à l'épaule, où se formèrent des abcès dont l'ouverture ne procura qu'un léger soulagement ; et les principaux désordres se manifestèrent dans des points éloignés du siége primitif du mal. Dans le second, l'urèthre avait été soumis à la cautérisation, et la dilatation consécutive, opérée au moyen d'une sonde, le fatigua beaucoup plus que n'avait fait la bougie ; aussi la fièvre fut-elle plus vive, et les désordres locaux, toujours distants du foyer primitif, furent-ils plus considérables. Ce qu'il y eut surtout de remarquable, ce fut l'identité de la suppuration au périnée, au genou, à la jambe et à l'épaule. Ce qu'il faut noter aussi, c'est que, chez le second malade et d'autres qui seront indiqués plus loin, le traitement était pour ainsi dire terminé lorsque la fièvre et les phlegmasies consécutives se manifestèrent.

Chez le numéro trois, les phénomènes phlegmasiques acquirent un développement extraordinaire : il y eut une succession d'abcès plus étendus et plus graves les uns que les autres, qui mirent plusieurs fois la vie du malade en péril. Le danger fut conjuré au moyen d'un traitement énergique auquel j'avais recours pour la première fois, et le seul qui m'ait réussi jusqu'ici.

Chez les malades Halot et Carcy, qui se présentèrent peu de temps après dans mon service, l'existence de la pierre constituait une complication sérieuse ; les phénomènes consécutifs étaient graves. Cependant l'un des malades se trouva si bien au bout de quelques semaines, qu'on put reprendre le traitement par la lithotritie, qui eut tout le succès désirable. Chez ce malade aussi on arrêta promptement la marche de la phlegmasie en donnant issue au pus avant qu'il n'eût envahi une grande étendue de tissu cellulaire. Grâce à ces précautions, je n'ai vu se développer en général que de petits abcès circonscrits, dont chacun n'a fourni qu'une petite quantité de suppuration, mais par lesquels il s'est écoulé beaucoup de sérosité jaune ou blanche. C'est encore là une particularité digne de remarque ; si l'on ouvre l'abcès avant qu'il y ait collection purulente proprement dite, on obtient un peu de pus et de sang, et davantage de sérosité jau-

nâtre; au bout d'un jour ou deux, le pus cesse, et la pression même ne fait plus couler que de la sérosité.

Dans les deux premiers cas, les malades introduisaient eux-mêmes les sondes et les bougies; n'ayant pu juger du degré de force employée et de la surdistension éprouvée par le canal, j'avais craint que le désir d'obtenir une guérison plus prompte n'eût fait négliger les précautions nécessaires, car l'expérience m'a prouvé que l'introduction d'une bougie d'un certain volume dans un canal proportionnellement trop petit donne souvent lieu à des accidents inflammatoires ou nerveux. Dans les autres cas, j'avais introduit la bougie, et jamais je ne m'écarte de la marche lente et progressive dont la pratique m'a permis de constater les avantages; d'ailleurs le malade n'avait pas souffert pendant l'introduction. Dans le quatrième cas, le traitement préparatoire pour la lithotritie et la sortie d'un gravier avaient donné lieu à des accidents, mais de toute autre nature, tandis qu'une irritation bien moindre, suite de l'introduction des bougies, provoqua de graves désordres.

Quoique la cause déterminante ne soit pas en rapport avec les effets observés dans ces divers cas, et qu'il soit nécessaire d'admettre, en outre, une certaine prédisposition, on ne peut s'empêcher de reconnaître dans les circonstances occasionnelles une grande analogie, qui devient plus frappante encore lorsqu'on a égard au développement et à la marche des accidents. Partout, en effet, nous voyons, à la suite d'une irritation de l'urèthre, des accès de fièvre plus ou moins intenses et suivis de l'apparition d'une douleur dans un point éloigné de celui sur lequel l'action de la cause a porté. Cet accident consécutif, toujours accompagné de symptômes généraux graves, a été pris tantôt pour une attaque de rhumatisme ou de goutte, tantôt pour un abcès phlegmoneux, suivant les tissus qu'il affectait et la physionomie qu'il revêtait; la terminaison naturelle n'a varié qu'autant qu'elle a été modifiée par le traitement. Dans trois des quatre premiers cas, et d'autres dont je m'occuperai plus loin, la mort a eu lieu; mais les malades n'avaient point été traités en temps opportun; les abcès n'avaient point été ouverts assez tôt, et une grande étendue de tissu cellulaire s'était trouvée frappée avant que la fluctuation fût devenue manifeste.

J'insiste sur ce point, parce que la marche irrégulière de l'inflammation, l'empâtement du tissu cellulaire et la profondeur ordinaire de la collection peuvent faire longtemps méconnaître la maladie, quand on n'y apporte pas la plus scrupuleuse attention. Dans le troisième cas, au contraire, le malade a survécu, malgré la violence des accidents et l'étendue des désordres; l'analogie que j'avais cru remarquer entre ces abcès et ceux qu'on nomme urineux au début de leur formation, m'avait fait sentir la nécessité de les ouvrir avant que la fluctuation s'y prononçât; l'événement a confirmé la justesse de cette vue, et m'a prouvé de plus que le malade éprouvait un soulagement notable après l'ouverture de chaque collection, lors même qu'au lieu de pus il ne s'écoulait qu'une matière sanieuse, un liquide séreux et sanguinolent.

Tel est l'exposé de mes premières observations et des remarques qui les accompagnent. J'éprouve le besoin de présenter ici quelques considérations nouvelles.

Ces faits, plus extraordinaires les uns que les autres, étaient absolument nouveaux pour moi (1); mais mon esprit avait été

(1) On a cité le cas suivant que je reproduirai, afin que chacun puisse en apprécier la valeur.

Un jeune homme jouissant d'une assez bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui parut être urinaire. Une sonde est introduite dans la vessie et y reste pendant trois jours; alors des douleurs se développent dans diverses articulations. On retire la sonde. La fièvre se manifeste, les premières douleurs persistent, et d'autres se font sentir dans la poitrine et l'abdomen. Ces accidents sont suivis de dévoiement, d'amaigrissement prompt et d'infiltration des membres; enfin, pendant les derniers jours, face hippocratique, gêne extrême dans l'exercice de la parole et de la respiration; mort le douzième jour après le développement des douleurs articulaires.

Autopsie. — Dans la cavité de la membrane synoviale du genou droit, on trouva un ou deux verres d'un liquide en partie purulent et en partie séreux; la dernière partie qui s'est écoulée était du pus. Une couche membraniforme couvrait la face interne de la synoviale au-devant de l'articulation, et s'étendait au-dessous du tendon du muscle droit, deux pouces environ au-dessus de la rotule. Cette même portion de synoviale était rouge et d'un aspect velouté.

Plusieurs autres articulations ayant été ouvertes, ont offert la cavité formée par la synoviale, contenant aussi du pus, mais en moindre quantité.

Un épanchement de sérosité purulente existait dans les cavités du thorax et de l'abdomen.

(Extrait de la thèse de M. Moffait, intitulée: *Recherches sur la phlegmasie des membranes synoviales des articulations*, Paris, 1810.)

préparé en quelque sorte à l'observation de ces phénomènes.

L'expérience m'avait appris, en effet, qu'il existe une liaison remarquable entre l'appareil urinaire, à l'état de maladie spécialement, et les différentes parties du corps, les membres inférieurs en particulier :

1° Ainsi le pouls devient irrégulier, avec des intermittences très marquées dans plusieurs maladies des voies urinaires, notamment la pierre et la gravelle ;

2° On observe des troubles extraordinaires dans les fonctions digestives, et un état particulier de la langue, à la suite de toute irritation exagérée et persistante de l'urèthre et surtout de la vessie ;

3° Sous la même influence se manifestent fréquemment, dans la région sacro-lombaire, des douleurs opiniâtres, généralement attribuées aux lésions rénales et qui sont un retentissement des maladies du rectum, de la matrice ou de l'appareil urinaire ;

4° Il n'est pas rare d'observer, sur diverses parties du corps, chez les calculeux, en particulier, soit pendant les crises des douleurs de la pierre, soit à la suite de toute opération chirurgicale, ces boutons, ces pétéchies, ces plaques cuivreuses plus ou moins étendues que j'ai signalées depuis longtemps et dont on a constaté l'analogie avec certaines phlegmasies et certains abcès ;

5° Les surdistensions de l'urèthre, résultant spécialement de l'introduction forcée de bougies dans les cas de rétrécissements durs et peu ou pas dilatables, sont souvent accompagnées et plus souvent suivies de douleurs vives qui se propagent des aines, du pubis, aux extrémités des membres inférieurs et qui persistent plus ou moins, surtout lorsqu'il est survenu un accès de fièvre à la suite de l'opération ;

6° Ce qui est fréquent encore, ce sont les douleurs dans les articulations, les muscles des jambes en particulier, et jusqu'à la plante des pieds, résultant de la plénitude de la vessie et des efforts que fait le viscère pour se débarrasser de son contenu ; ces douleurs, quelquefois vives et toujours fort incommodes, sont tellement liées à l'état de plénitude de la vessie, qu'on peut les produire à volonté au moyen d'une injection, et les augmenter ou les diminuer, suivant que le viscère est plus ou moins distendu ;

7° Un grand nombre de vieillards, affectés de maladie des or-

ganes urinaires, éprouvent, en diverses parties du corps, des démangeaisons qui font le tourment de leur existence, et j'ai constaté fort souvent, que ces effets se rattachent à une lésion vésicale, et qu'il suffit de guérir celle-ci pour faire cesser un besoin impérieux de se gratter (1).

Indépendamment de ces observations, qui me sont propres, de ces faits que j'ai étudiés avec soin, ce dont mes ouvrages font foi, et d'après lesquels ma conviction s'est formée, je savais, avec la généralité des praticiens, que la phlegmasie des membranes muqueuses en général, et de l'urèthre en particulier, peut être accompagnée, surtout si elle persiste, de douleurs articulaires principalement, et de tuméfaction des membres, qui ont fait admettre tant de variétés diverses de goutte et de rhumatisme. Je disais en 1837 : On connaît depuis longtemps le rapport qui existe entre les articulations de la jambe et de la cuisse et certaines maladies de l'appareil urinaire ; il n'est pas rare de voir des hydropisies ou des enflures au genou se développer sous l'influence d'un écoulement uréthral, et surtout par le fait de la grossesse et de la parturition.

En face de ces faits, dont je n'énumère ici que les principaux, le siége de prédilection des désordres devait d'autant moins me surprendre, que les effets produits ne diffèrent en général que par des degrés d'intensité, ou par les causes sous l'influence desquelles ils se manifestent.

Mais je fus frappé, en 1826 et 1827, en observant les trois premiers malades, de l'invasion soudaine, de la marche insolite et de la terminaisons des accidents que je voyais pour la première fois. Les phénomènes généraux qui précédaient les symptômes locaux fixèrent aussi mon intention. A l'étonnement succéda l'observation attentive et réfléchie.

En cherchant à me rendre compte des phénomènes qui se succédaient sous mes yeux, je me trouvai bientôt en mesure

(1) J'ai commencé la publication de ces divers faits en 1827, page 224 de mon ouvrage sur la lithotritie ; — en 1828, page 98 de la deuxième lettre ; — en 1837, dans le présent Traité pratique ; — 1838, page 386 du Traité de l'affection calculeuse ; — 1840, dans le Traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle ; — 1847, page 302 du Traité historique et pratique de la lithotritie.

d'appliquer aux nouveaux cas qui se présentaient, et les connaissances que j'avais acquises, et le traitement rationnel et curatif que réclame cette phlegmasie, lorsqu'elle a pris un certain développement, traitement qui consiste à donner une issue prompte à la sanie qui baigne les tissus affectés. En procédant de la sorte, on limite, on circonscrit l'inflammation, si l'on ne parvient pas à l'arrêter.

Je constatai, en 1832, chez le malade Deronléde, un effet qui, en se reproduisant dans d'autres cas, est devenu un argument puissant en faveur de cette pratique. Chaque moucheture, chaque incision produisaient un soulagement immédiat et soutenu.

Le résultat que j'obtins par cette médication hardie m'impressionna d'autant plus, que trois de mes quatre premiers opérés avaient succombé. En suivant la nouvelle route, je parvins à sauver les trois derniers.

Ainsi, dans les sept observations que j'ai recueillies et publiées, de 1827 à 1837, ont été constatés les principaux caractères et les différentes phases de la phlegmasie dont je m'occupe, c'est-à-dire son invasion soudaine, sa marche insolite, ses symptômes locaux, ses phénomènes généraux, les uns insidieux, les autres plus ou moins alarmants ; sa mobilité, son aptitude à se porter subitement d'un point à un autre; sa terminaison fatale lorsque l'art n'intervient pas à temps, et les divers modes de traitement à employer. En un mot, toute l'histoire de cette affection extraordinaire se trouvait indiquée.

Tous les malades avaient subi, depuis peu de temps, une opération dans la vessie ou dans l'urèthre ; presque tous avaient eu immédiatement un accès de fièvre ; chez tous, la phlegmasie s'était développée sur un point éloigné de celui que l'instrument avait touché. Dans tous les cas, même marche de la maladie, même produit de l'inflammation, avec la différence inhérente à la nature des tissus et au développement de l'état morbide.

A ces premiers faits, il faut en ajouter sept autres que j'ai recueillis de 1837 à 1840, soit dans la pratique particulière, soit à l'hôpital, où ils eurent de nombreux témoins, et que je reproduirai plus loin. Eh bien, ces quatorze observations, dont tous les détails sont publiés, sur un sujet non encore exploré, embrassant les plus intéressantes questions de la physiologie et de la

pathologie, et recueillies à Paris, de 1827 à 1840, ces observations ne paraissent pas être venues à la connaissance de M. le professeur Velpeau. Il déclarait (leçon du 30 juin 1840, publiée en 1841) (1), que les accidents du cathétérisme *n'avaient pas fixé l'attention des praticiens; qu'on n'en trouvait aucune description dans les auteurs;* et après avoir commenté un cas qui se présentait devant lui, il répète que cette grave maladie *a été passée sous silence par les auteurs : Vous n'en trouverez*, ajoute-il, *aucune description.* J'AI ÉTÉ PEUT-ÊTRE LE PREMIER A EN DIRE QUELQUES MOTS EN 1833, dans le *Dictionnaire de médecine ; je parlais alors de l'arthrite suite du cathétérisme.*

Est-il nécessaire de faire remarquer que M. Velpeau désigne sous les noms d'*arthrite*, d'*accidents suites du cathétérisme*, les mêmes lésions, les mêmes phénomènes que j'avais observés, et dont j'avais publié les détails en 1827, 1828 et 1837, ainsi que je viens de l'indiquer ? Ce sont toujours des phlegmasies, des collections purulentes, survenues dans les articulations et les masses musculaires des membres, à la suite d'opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie (2).

Quoi qu'il en soit, mes observations n'ayant pas trouvé place dans la leçon de l'érudit professeur de la Faculté, je suis réduit à en constater de nouveau l'existence et à m'établir leur défenseur, si je ne veux pas qu'on les jette dans un puits, à côté de la vérité, ou qu'à l'exemple de ce qu'on a essayé de faire pour les mouchetures scrotales, dans le traitement de l'orchite (voyez l'article suivant), elles n'aillent grossir la masse des découvertes du chirurgien de la Charité (3).

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital de la Charité*, par le professeur Velpeau, recueillies et publiées par le docteur Pavillon, en 1841. t. III, p. 324 et suiv.

(2) Ceux qui connaissent l'activité dévorante de M. Velpeau et l'étendue de ses connaissances, ne comprennent pas qu'il ait pu ignorer ces faits nouveaux, extraordinaires, plus intéressants les uns que les autres, et que chacun était à même d'observer. Ceux qui ne le connaissent pas n'en seront pas moins surpris, surtout après avoir lu la phrase suivante, extraite d'un portrait de lui, tracé dans le *Journal des Débats* (1er février 1856), par une plume fort autorisée : « Esprit curieux et investigateur, qui se plonge dans les dé» tails, qui est aux aguets des découvertes, qui approche de toutes les nou» veautés, mais seulement pour en rechercher la valeur pratique. »

(3) La déclaration de M. Velpeau ne laissant pas une place au doute, a été

Deuxième série de cas.

Mes premiers faits avaient attiré l'attention des praticiens, et bientôt on recueillit d'autres observations; j'ai donné les détails de plusieurs d'entre elles dans la seconde édition de ce livre, où se trouvent aussi les nouveaux faits que j'avais observés de 1837 à 1842.

Huitième fait. — Lallemand parle d'un homme atteint de maladie des organes génito-urinaires, à l'ouverture du corps duquel, sans qu'on l'eût prévu pendant la vie, les muscles sous-scapulaires, sous-épineux et sus-épineux des deux côtés, ainsi que plusieurs muscles du cou, furent trouvés dans un état de suppuration.

Neuvième fait. — On a vu en 1839, à la Pitié, un homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'une blennorrhagie contractée un mois auparavant, ressentit, à la région hypogastrique de vives douleurs, suivies de difficultés d'uriner et de rétention d'urine. Ce malade était d'une grande faiblesse. On le sonda aisément; il sortit par la sonde un flot de pus, puis, de l'urine sanguinolente, et, enfin, du sang pur. Du reste, on ne découvrit rien d'anormal dans l'urèthre, ni au col de la vessie. L'urine conserva le caractère sanguinolent; elle ne sortait qu'avec la sonde, qu'on introduisait plusieurs fois par jour; on fit quelques injections émollientes; cependant la faiblesse faisait chaque jour des progrès; il se manifesta, dans les régions lombaire et anale, une douleur vive, qui persista. A la fin, le doigt, introduit dans le rectum, signala la présence d'un abcès à la région prostatique; cependant, l'introduction de la sonde n'offrait aucune difficulté. L'abcès s'ouvrit dans le rectum, par lequel sortit une grande quantité de pus. La fièvre augmenta, les nuits devinrent fort agitées; une douleur violente survint à la fesse gauche, mais sans change-

acceptée, sans qu'on ait pensé même qu'elle pouvait ne pas être exacte. Par suite, les amis de l'auteur, et même notre honorable confrère, M. le docteur Phillips (*Bulletin de thérapeutique*, page 211, 1858), ont répété que ce chirurgien *avait signalé le premier la production du pus dans les articulations à la suite du cathétérisme*, tandis qu'il s'est borné à reproduire, même incomplétement, ce que l'on savait. On en trouvera la preuve dans ses propres paroles que je reproduirai au § *traitement*.

ment de couleur à la peau. La percussion dénota un amas de liquide, qui s'échappa par une large incision faite aux parties extérieures. Le malade succomba. On trouva les reins sains, les parois vésicales hypertrophiées et la membrane muqueuse de la vessie recouverte d'une couenne d'un blanc grisâtre. Une énorme perforation existait à la paroi postérieure de la vessie, et l'ouverture était bouchée par l'intestin appliqué contre elle. Une petite déchirure se faisait remarquer à l'urèthre, près de la prostate, qui était saillante. Sur les côtés d'une ulcération, et en avant de la glande, on découvrit un vaste foyer purulent. Le rectum était perforé à sa face antérieure. C'est par là que s'était écoulé le pus de l'abcès. Les muscles de la fesse étaient d'un brun noirâtre, raccourcis et couverts d'un pus sanieux. Le tissu cellulaire de cette région était en partie détruit, et l'inflammation avait gagné, de proche en proche, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. La peau était décollée dans toute cette étendue. On ne put reconnaître la marche qu'avait suivie la phlegmasie de la fesse et du dos; il n'y avait aucune voie apparente de transmission.

Ce fait diffère des précédents sur plusieurs points ; il peut être rangé dans la catégorie des abcès urineux vagues. J'ai rapporté dans le tome II de cet ouvrage divers cas qui lui ressemblent ; cependant j'ai cru pouvoir le placer ici à cause de l'intérêt particulier qu'il présente.

Dixième fait. — A côté de ce fait vient s'en placer un autre, que j'ai indiqué déjà en traitant des abcès de la prostate, et dont il me suffira de relater les principales circonstances ayant trait au sujet qui m'occupe en ce moment. Un septuagénaire fut reçu à la Charité, en 1838, pour une rétention d'urine, spécialement attribuée à la tuméfaction de la prostate. Cette rétention, survenue à la suite de l'ingestion d'une bouteille de cidre dans l'estomac, fut combattue, au bout de trois jours, par l'usage de la sonde. Mais elle se reproduisit plusieurs fois, et devint même très grave. L'urine retirée, au moment de l'admission du malade à l'hôpital, était fortement ammoniacale; il y avait gonflement de la prostate et atonie de la vessie. Pendant le traitement, il se déclara une inflammation du testicule. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés, dues à l'état de la prostate et à la sensibilité extrême du col vésical. On plaça une sonde

à demeure, qui ne put être gardée; ensuite on essaya de déprimer la tumeur prostatique à l'aide d'un instrument redresseur. On crut remarquer de l'amélioration; mais le mieux ne se soutint pas, et au moment où l'on s'y attendait le moins, il se manifesta, au mollet droit, un gonflement douloureux, auquel le sujet fit peu d'attention. Le lendemain, douleur au genou gauche, mais sans gonflement : état d'angoisse extrême, qui ne tenait pas à la plénitude de la vessie. Le surlendemain, vomissements, une selle liquide, voix presque éteinte, face vultueuse, pouls faible; le mollet gauche était gonflé, dur, tendu, plus violet que le reste du corps, très douloureux à la moindre pression. Tous les moyens mis en usage furent inutiles; le malade mourut.

Dans ce cas, on tint à peine compte de ce qui se passait du côté des extrémités inférieures; on ne s'occupa que du gonflement de la prostate, où l'autopsie révéla des lésions considérables, mais insuffisantes pour expliquer la fièvre, les symptômes généraux et la rapidité de la mort. Toutefois, on nota que les veines des membres inférieurs contenaient un peu de sang noir et grumeleux. Celles du membre gauche avaient leurs parois rouges, et renfermaient des caillots moins noirs, mieux liés; du pus était mêlé avec le sang.

Onzième fait. — En 1840, j'ai observé, dans mon service à l'hôpital Necker, un cas remarquable sous le point de vue du sujet dont il s'agit ici. Un homme de quarante-neuf ans avait éprouvé plusieurs gonflements articulaires des extrémités inférieures, depuis l'apparition de la maladie calculeuse. Pendant que je le soumis à la lithotritie, un gonflement considérable survint à l'articulation tibio-tarsienne gauche, et me fit juger prudent d'ajourner le traitement. Le malade en fut contrarié, d'autant plus qu'il jugeait cette tuméfaction sans importance. Effectivement elle n'eut pas de suites. Au bout d'un mois, l'opération fut reprise et achevée de la manière la plus heureuse. Toutefois, le malade conserva un peu de roideur et beaucoup de faiblesse dans la jambe gauche. Ici, comme on voit, l'accident différait beaucoup de ce qui avait été observé dans d'autres circonstances. Il céda aux applications émollientes et résolutives. Mais le fait a son importance au point de vue de la thérapeutique;

il démontre d'ailleurs la connexion existant entre les organes urinaires et les articulations.

Douzième fait. — Un homme de quarante-cinq ans, d'une assez bonne constitution, disait avoir éprouvé depuis plusieurs années des douleurs dans la région des reins. Depuis deux ans aussi, il urinait avec peine; ses urines déposaient une grande quantité de sable rougeâtre, et chaque émission était suivie de vives douleurs au bout de la verge. Il y avait en même temps une constipation opiniâtre. Ce malade fut reçu en 1839 à l'hôpital Necker. La sonde fit découvrir dans la vessie une pierre, qu'on présuma être assez volumineuse. Dès lors on le soumit au traitement préparatoire, et au bout de huit jours je commençai la lithotritie. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération le malade rendit quelques fragments, sans éprouver aucun accident; mais, ce laps de temps écoulé, il eut de la fièvre, des vomissements violents et des douleurs vives dans l'abdomen; ces dernières cédèrent à des applications de sangsues, mais la fièvre persista, et des douleurs se firent sentir dans l'articulation tibio-tarsienne droite, où l'on remarqua un peu de gonflement, sans rougeur. Bientôt la douleur passa à l'articulation fémoro-tibiale, où elle alla toujours croissant, et où l'on remarqua une fluctuation sensible. Le malade fut pris d'une jaunisse bien caractérisée, et finalement il succomba. La rate était considérablement hypertrophiée. Les reins et les uretères n'offraient aucune trace de lésion. La vessie logeait un calcul du volume d'un œuf de pigeon, aplati sur deux de ses faces et brisé en plusieurs fragments. L'articulation fémoro-tibiale droite contenait beaucoup de pus; il y en avait aussi, mais moins, dans celle du genou gauche, et un peu dans celle du poignet droit.

Treizième fait. — Un homme, entré à l'hôpital Necker en 1840, avait été pris, deux ans auparavant, au milieu de son travail, d'envies d'uriner très vives, qu'il ne put satisfaire de quelques heures. Cette rétention d'urine céda cependant sans qu'on eût besoin de recourir au cathétérisme. Depuis lors, le malade éprouva des douleurs vives dans la vessie chaque fois qu'il voulait uriner. Ces douleurs se faisaient principalement sentir au bout de la verge après les émissions, qui finirent par devenir très fréquentes. Un médecin, qui eut recours à la sonde sans trouver de

calcul, n'en prescrivit pas moins les carbonates alcalins en grande quantité, avec des bains et des boissons diurétiques. Les douleurs, au lieu de diminuer, s'accrurent de jour en jour, et le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital. Le lendemain de son arrivée, on constata, avec la sonde, que la vessie contenait un calcul, et l'on commença de suite le traitement préparatoire de la lithotritie, à l'application de laquelle rien ne mettait obstacle. Le canal, qui s'était montré très sensible durant les premiers jours, permit bientôt d'introduire la bougie n° 9 sans douleurs. Le lendemain cependant, il survint un léger accès de fièvre, qui se renouvela, et fit suspendre les bougies. Cette fièvre cessa pendant quelques jours, puis reparut plus intense, accompagnée de douleurs dans les lombes, avec teinte safranée de l'urine. Quatre ou cinq jours après, sans que la fièvre eût cessé, il éclata tout à coup des douleurs tellement vives dans les genoux, que le moindre mouvement devint impossible. Ces douleurs s'étendirent tout le long de la partie postérieure de la jambe et envahirent l'articulation du pied. Des incisions pratiquées sur le derrière de la jambe et de nombreuses mouchetures ne procurèrent qu'un soulagement momentané. L'état général s'aggrava de plus en plus, et le malade succomba. La vessie, à cellules, contenait deux calculs aplatis, de la grosseur d'une noix moyenne et unis à leur face. Un vaste foyer purulent, qui s'étendait depuis l'articulation fémoro-tibiale jusqu'à celle du pied, avait envahi toute la partie postérieure de la jambe. L'articulation du genou contenait du pus. Les cartilages du tibia et du fémur étaient soulevés, et les os eux-mêmes commençaient à s'altérer. A la partie externe du fémur, au niveau de l'insertion de la portion interne du triceps crural, on trouva du pus disséminé.

Quatorzième fait.— Un jeune homme fut reçu à l'hôpital de la Charité, en 1840, pour une récidive de rétrécissement urétbral. La sonde pénétra dans la vessie. « Le lendemain du dernier cathétérisme, je le trouvai, dit M. Velpeau, atteint d'une fièvre très forte, qui se maintint malgré plusieurs saignées, diète absolue, boissons émollientes. Le genou droit devint douloureux et se gonfla d'une manière extraordinaire. Une arthrite devint manifeste. Malgré le traitement antiphlogistique le plus actif, les accidents persistèrent, la langue se sécha; le délire survint,

l'adynamie se déclara, et le malade succomba le sixième jour après l'invasion des premiers symptômes de sa maladie. »

Une petite excoriation récente dans la fosse naviculaire, plusieurs traces d'anciennes fausses routes, au-dessous du retrécissement, un tissu épaissi comme lardacé, inflammation des veines qui entourent la prostate, articulation du genou enflammée, contenant du pus, furent les seules lésions constatées par l'autopsie.

L'auteur dit qu'il avait parlé d'un troisième malade, sur lequel je reviendrai, et qui conserva des ankyloses à la suite de l'ouverture d'abcès dans les articulations tibio-tarsiennes (1).

Quinzième fait. — Un homme de cinquante-neuf ans entra à l'hôpital Necker, vers la fin de 1841, à cause de douleurs opiniâtres qu'il éprouvait dans l'urèthre et de quelques troubles dans l'excrétion de l'urine. Un examen attentif me fit connaître qu'il n'y avait ni pierre ni rétrécissement organique, mais que les parois uréthrales étaient denses et raides dans l'étendue de quelques millimètres. J'eus recours au traitement que j'ai adopté contre cet état morbide ; les premières introductions de bougies procurèrent un soulagement notable. Déjà le malade se croyait guéri et demandait sa sortie, quand il survint tout à coup, sans cause appréciable, un mouvement de fièvre, qui alla en augmentant, malgré les moyens employés à le combattre. Bientôt se manifesta au genou gauche une douleur sourde et profonde, avec gonflement, mais sans rougeur ; au bout de quelques jours, le malade ne put plus remuer le membre : la fluctuation devint manifeste. Je pratiquai, à la partie supérieure externe du genou, une incision profonde, qui donna issue à une grande quantité de

(1) On aura remarqué que ces phlegmasies se présentèrent dans une proportion inaccoutumée, pendant les années 1838, 1839, 1840 et 1841, tandis qu'elles sont si rares effectivement, qu'il se passe d'assez longues périodes de temps sans qu'on en observe une seule. Depuis 1842, je n'en ai vu qu'une dizaine. Les journaux n'en mentionnent quelques-unes que de loin en loin ; or, s'il s'en était présenté, on n'aurait pas manqué de les publier à raison de leur importance.

Les irrégularités dans la fréquence proportionnelle de certaines maladies ne sont pas rares, et elles sont devenues parfois le sujet de curieux commentaires de la part de quelques chirurgiens, qui ont plus d'esprit que de science d'observation.

pus mal lié. On maintint la plaie ouverte, en continuant les applications émollientes. Un nouveau point de fluctuation surgit devant la rotule; il en sortit du pus semblable par une incision superficielle. Le malade, dont l'état général allait sans cesse en déclinant, demanda à rentrer dans sa famille.

Seizième fait. — L'*Examinateur médical* a cité, en 1841, le cas d'un homme chez lequel une fausse route avait été faite dans l'urèthre, au-devant de la prostate; huit ou dix jours après, survinrent des accidents, qui furent suivis de la mort. On trouva du pus dans les articulations des genoux et des épaules. L'une des veines crurales et axillaires était enflammée, ainsi que les plexus veineux prostatiques.

Dix-septième fait. — Un sexagénaire, de constitution lymphatique, dont la santé avait éprouvé de rudes secousses, fut traité, un an auparavant, dans un hôpital, par la lithotritie, dont le résultat ne fut pas aussi satisfaisant qu'on l'espérait. Il continua de souffrir plus ou moins, et dans l'espace de quelques mois les souffrances acquirent tant d'intensité, qu'il vint réclamer mes soins; mais son état me parut si grave que je ne conservai guère d'espoir de le ramener à la santé. En effet, il y avait chez lui paresse de vessie, lésion profonde de la prostate, difficulté de respirer, perte de l'appétit et du sommeil. Depuis quelques jours seulement, il était survenu un gonflement œdémateux du genou droit, s'étendant à la partie supérieure de la jambe et inférieure de la cuisse; les douleurs étaient peu vives et l'inflammation lente, mais étendue et très profonde; le malade quitta l'hôpital.

Dix-huitième fait. — Le docteur Nick cite le cas d'un homme de vingt-neuf ans, sujet à des difficultés d'uriner, par suite d'excès de boisson et de coït, et qui entra à l'hôpital pour une rétention complète d'urine. La sonde pénétra aisément; on retira une pinte de liquide. Le soir du même jour le malade urina sans le secours de la sonde. Le lendemain, état inflammatoire général, avec douleur à l'hypogastre. Le troisième jour, frissons, alternant avec des chaleurs; le quatrième, mêmes frissons, douleurs violentes au pied droit, endolorissement de tous les membres, surtout aux articulations, points douloureux sous l'une et l'autre mamelle, ce qui l'empêche de respirer. Mort le cinquième jour. Au pied droit, infiltration séreuse dans le tissu cellulaire, où se pro-

duisait, pendant la vie, une apparence de fluctuation ; surfaces articulaires correspondantes du pied offrant une couleur rouge, qui pénétrait dans l'épaisseur des cartilages et même des os. Le tissu cellulaire et les muscles du dos du pied étaient gonflés et infiltrés de sang. Du reste, on trouva l'urèthre libre et la prostate peu accrue de volume; mais le lobe gauche présentait une cavité, de la grandeur d'une noisette, contenant de la sanie purulente; les parois des foyers étaient fongueuses. La vessie était dans l'état normal. Sous le muscle grand pectoral gauche, au-devant des côtes, on découvrit une cuillerée de pus infiltré dans le tissu cellulaire.

Dans certains cas, l'inflammation n'a pas une allure franche; il survient à plusieurs reprises, dans une articulation, un léger gonflement accompagné d'un peu de douleurs qui peut persister longtemps à l'état chronique et finir par disparaître, au moins en grande partie. Les sueurs spontanées ou provoquées, et surtout les purgatifs et les dérivatifs contribuent puissamment à seconder l'action de la chirurgie.

Si les organes urinaires n'étaient pas visiblement affectés, dans ces circonstances on prendrait la lésion articulaire pour une attaque de rhumatisme.

Dix-neuvième fait.—N... avait eu au genou gauche une arthrite qu'on attribua au rhumatisme. Je ne sais si la pierre existait déjà à cette époque, mais depuis, sa présence dans la vessie est devenue une source de désordres. Il fut décidé qu'on aurait recours à la lithotritie, dont le traitement préparatoire dut être suspendu par de vives douleurs survenues spontanément au cou, d'où elles passèrent à la région précordiale, et s'y fixèrent ; il s'y forma une collection purulente. Deux mois après, les accidents avaient disparu ; je procédai à l'application de la lithotritie, qui a été douloureuse. La destruction de la pierre et l'extraction de ses débris ont exigé un grand nombre de séances, toutes suivies d'un accès de fièvre. Durant ce long traitement, le malade n'a rien éprouvé dans les articulations ; mais six semaines après il y eut une nouvelle arthrite au genou gauche, primitivement affecté.

Remarques sur la deuxième série de faits.

Les faits que j'ai recueillis depuis 1837, et ceux qui ont été observés par d'autres chirurgiens, confirment généralement les déductions tirées de mes premières observations ; ils montrent de plus la lésion sous de nouvelles faces, avec des caractères variés. Sous ce point de vue le champ s'est beaucoup agrandi, mais la thérapeutique n'a pas suivi la même progression, au moins dans les cas graves, et pour les chirurgiens en général. Lorsque l'inflammation est superficielle et attaquée en temps opportun, on peut enrayer les accidents et obtenir des succès encourageants. Quelquefois, cependant, on ne fait que changer le siége des désordres. Si la phlegmasie a beaucoup d'étendue et atteint les tissus profondément situés, ou les organes intérieurs, les ressources de l'art sont souvent insuffisantes.

De courtes remarques doivent trouver ici leur place.

1° Chez mes malades, la phlegmasie ne s'est manifestée ordinairement qu'à une époque plus ou moins avancée du traitement pour la pierre ou pour les coarctations uréthrales ; plusieurs même touchaient à leur guérison, et c'est au moment où l'on s'y attendait le moins que se sont manifestés l'accès fébrile et la phlegmasie consécutive. Tel est le cas du n° 15. Dans la pratique d'autres chirurgiens, elle a paru peu de temps après l'opération, et elle a acquis en quelques heures une intensité qui a effrayé M. Velpeau. « Voici, dit ce chirurgien, des individus bien » portants, bien constitués et vigoureux, qui, à la suite d'un ca- » théterisme pratiqué sans difficultés, sans douleurs, sont pris su- » bitement de frissons, de fièvre, de gonflement énorme des ge- » noux, de délire, d'adynamie, et cette scène se termine par la » mort. »

Cette différence est-elle l'effet du hasard, ou la manière dont on a procédé à l'opération a-t-elle exercé quelque influence? Si l'on rapproche ces cas de plusieurs autres dont j'ai pris note, cette dernière supposition serait la plus vraisemblable.

2° Les faits récents, corroborant les premiers, prouvent de plus en plus, que la phlegmasie occupe tantôt une partie fort restreinte, et tantôt elle envahit la presque totalité d'un membre ; ici ce

sont les tissus profonds, là les tissus superficiels ou les articulations, et même les téguments, qui sont plus particulièrement atteints, sans qu'on puisse s'en rendre compte.

3° Ce qu'on remarque dans le plus grand nombre des observations, c'est la tristesse profonde, le découragement, la faiblesse, l'accablement subit ; et, au siége de la maladie, on constate le gonflement, la rougeur, et surtout un empâtement qui paraît propre à ce genre de phlegmasie, envahissant les masses musculaires. Si l'articulation est affectée, il s'y fait un épanchement rapide. La douleur est si vive, dans certains cas, que le plus léger contact devient insupportable ; sous ce rapport, cependant, il y a des exceptions ; certains malades ne se plaignaient d'abord que d'une gêne, d'un engourdissement, d'une douleur vague dans la partie affectée ; quelques-uns n'y font même pas attention, ainsi qu'on le voit, par les exemples du n° 11, et du malade Roulet, que j'ai cité à l'article précédent ; ils considèrent l'accident du membre comme sans importance, ils demandent qu'on passe outre à l'opération. Si ma conviction n'avait pas été faite à cet égard, j'aurais sans doute méconnu l'étendue de la lésion, et elle aurait pris par suite un développement regrettable. D'autres chirurgiens n'ont connu les désordres que par l'autopsie. Dans quelques cas, les symptômes sont généralement peu graves, et un traitement simple de quelques jours suffit pour enrayer la maladie.

Quelquefois la phlegmasie prend une allure chronique : au lieu de souffrances vives c'est une gêne douloureuse avec ou sans gonflement, et une simple roideur dans l'articulation que le malade éprouve ; il n'y a pas d'épanchement évident, le diagnostic peut rester incertain.

4° Ce qui m'avait frappé dans mes premières observations, et ce que tous les praticiens ont pu remarquer depuis, c'est la mobilité de cette inflammation qui se porte subitement d'un point à un autre, que ces points soient rapprochés ou distants, et que l'organe envahi diffère ou non par sa structure et ses fonctions de l'organe abandonné. Chez plusieurs malades, j'ai vu la phlegmasie se porter en peu de temps, des masses musculaires à une articulation, de celle-ci à une autre, des membres pelviens aux membres thoraciques.

Vingtième fait. — Roux a vu à l'Hôtel-Dieu, en 1841, à la suite de tentatives inutiles de lithotritie, un homme qui fut pris de douleurs dans les articulations, et qu'on aurait cru atteint de rhumatisme aigu sans les manœuvres qui avaient précédé; l'on constata après la mort, de la synovie purulente aux deux genoux et à l'épaule gauche, qui avaient été successivement affectés, d'une manière prompte.

5° Lorsqu'une articulation est envahie par la phlegmasie, elle se tuméfie et devient douloureuse. Les autopsies qu'on a faites jusqu'à ce jour n'ont été réellement utiles que pour faire connaître les désordres produits par la phlegmasie, même dans les endroits où l'inflammation n'avait pas été soupçonnée, ainsi qu'on l'a vu dans le cas observé par Lallemand. L'observation douzième entre autres est remarquable sous ce rapport; on trouva du pus non-seulement dans les articulations femoro-tibiales, mais aussi dans celle du poignet droit, où le malade n'avait accusé aucune douleur.

Le cas n° 13, observé en 1840, m'a révélé une particularité que je n'ai pas retrouvée, c'est une altération profonde des cartilages du genou par la phlegmasie. Dans le cas de M. Nick, les surfaces articulaires offraient aussi une couleur rouge qui pénétrait dans l'épaisseur du cartilage et même des os.

§ 1er. — Des causes des phlegmasies musculaires et articulaires consécutives.

Les causes des phlegmasies articulaires embrassent une série de questions dont on ne paraît pas avoir saisi la filiation véritable. On ne doit pas considérer cette phlegmasie comme une suite directe et immédiate des opérations chirurgicales. Entre celles-ci et celle-là il y a un agent intermédiaire qui me paraît jouer le principal rôle : c'est la fièvre, qui a ses causes propres, comme la phlegmasie a les siennes, sans compter que l'une et l'autre ont des causes communes, prédisposantes et occasionnelles. M'étant occupé des premières, je présenterai quelques considérations sur les secondes.

Les causes déterminantes de la phlegmasie qui nous occupe, sont plus nombreuses qu'on ne paraît le penser. Ce n'est pas

seulement après l'introduction dans l'urèthre d'une sonde, d'une bougie, d'un instrument lithotriteur qu'on observe les accidents; je les ai vus survenir à la suite de l'expulsion spontanée d'un gravier, et de l'arrêt d'un calcul dans le canal; ils ne sont pas rares après la taille, ce dont MM. Thore et Maunoury citent un remarquable exemple. L'uréthrotomie, les applications du caustique, les dilatations forcées de l'urèthre les produisent souvent; j'en ai cité divers cas; on les observe de même à la suite de l'opération de Tolet, injustement attribuée à M. Syme; ils ont été constatés chez deux malades dans l'urèthre desquels on avait porté des instruments destinés à redresser ce canal et à déprimer la prostate ; enfin toute irritation, toute phlegmasie de l'urèthre, du col et du corps de la vessie peuvent les produire. Ainsi l'arthrite et la blennorrhagie marchent souvent ensemble; l'hydropisie et l'enflure des jambes ne sont pas rares pendant la grossesse et à la suite de la parturition; on les observe aussi dans certains états nerveux des organes sexuels, chez la femme spécialement.

Il est peu probable que les opérations chirurgicales suffisent à elles seules pour occasionner les désordres. D'abord il ne faut point perdre de vue qu'on ne les observe pas chez tous les opérés, tandis qu'ils se manifestent chez des sujets qui n'ont pas subi d'opération. Faut-il ajouter que les manœuvres les plus douloureuses ne paraissent pas les produire plus souvent que les autres? On les voit survenir à la suite de celles mêmes qui n'inspirent aucune inquiétude. D'un autre côté, beaucoup de phlegmasies se sont développées à des intervalles si éloignés de l'opération, qu'on ne saurait être admis à présenter celle-ci comme la cause des accidents.

Les rapports entre la fièvre et la phlegmasie sont plus constants et plus réguliers. Cependant on a été conduit à admettre pour la phlegmasie, comme pour la fièvre, des prédispositions individuelles, des états morbides préexistants, dont la nature et le mode d'action nous échappent, mais dont l'existence ne saurait être contestée. Il est bien évident, par exemple, qu'un individu qui a été affecté, à différentes reprises, avant ou pendant le cours de la maladie, de douleurs musculaires ou articulaires, avec ou sans gonflements, périodiques ou accidentels, sera plus exposé

que tout autre aux accidents qui nous occupent. Ils seront plus à redouter surtout chez les malades très irritables, dont les douleurs articulaires préalables ont reparu ou se sont exaspérées à chaque crise de la maladie des voies urinaires, notamment la pierre et la rétention d'urine. Si, sous ces influences, les douleurs des membres acquièrent de la gravité ou s'accompagnent accidentellement de fièvre, le danger est plus imminent encore, et l'on pourrait même être autorisé à ne pas entreprendre certaines opérations. Chez deux malades de l'hôpital j'avais annoncé les accidents, et ils se sont produits; chez un autre malade de la ville je les craignais, et ils n'ont point paru.

On indique d'autres causes de ces phlegmasies, peut-être même très puissantes, mais au sujet desquelles on n'a émis encore que des opinions hasardées.

a. Parmi les désordres que l'autopsie a constatés on cite l'inflammation des veines qui entourent le col vésical, la prostate et les organes de la génération. Ce fait, en se répétant, a conduit les observateurs à penser que c'était là la véritable cause des phénomènes. D'un autre côté, j'ai remarqué plusieurs fois sur le vivant, alors même que les malades étaient faiblement atteints, que les veines superficielles des membres affectés étaient dures, résistantes, bosselées et douloureuses à la pression. A la vérité, je n'ai pas observé ces symptômes dans tous les cas, et l'autopsie ne montre que rarement des traces de phlébite. La question exige de nouvelles études.

b. Néphrite. — On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, des lésions rénales comme cause de la fièvre, et consécutivement, des phlegmasies articulaires. Assurément cette cause n'est que trop réelle; mais on ne saurait assez répéter que le diagnostic est toujours vague et incertain dans ces circonstances, et qu'on est souvent réduit à des suppositions.

Dans plusieurs cas, le malade Carey entre autres, j'avais beaucoup redouté la néphrite, à raison surtout de la gravité des symptômes; j'avais même perdu tout espoir de sauver le malade. La disparition subite des douleurs rénales vint m'apprendre que ce n'était pas là le point de départ des accidents, et je parvins à les écarter par un traitement approprié.

c. A côté de cette cause vient s'en placer une autre, qui pré-

sente un grand intérêt, et dont je me suis déjà occupé, c'est la résorption purulente.

Mais ici la question se complique, et une première distinction me paraît nécessaire.

1° Dans plusieurs cas, il serait difficile d'établir que du pus a été résorbé, puisqu'il n'y en a pas de formé. En effet, lorsqu'un malade, bien portant d'ailleurs, a été sondé le matin, qu'il est survenu, deux heures après, un accès de fièvre, et qu'on voit apparaître le lendemain un gonflement inflammatoire des articulations ou des muscles, très éloignés du lieu touché par la sonde, on ne saurait être admis à supposer une résorption purulente. Faut-il ajouter que le plus souvent l'autopsie ne fait pas découvrir de pus dans les organes particulièrement malades?

2° Cette théorie de l'infection purulente trouve mieux à s'appliquer aux cas dans lesquels un abcès existe à la partie profonde de l'urèthre, au col vésical, plus ou moins avant le développement des accidents secondaires : ainsi à la suite des fausses routes, des ruptures uréthrales, de la taille, de l'uréthrotomie, et quelquefois sans causes appréciables, il n'est pas rare d'observer des abcès à marche lente, dont le contenu peut être résorbé et causer les désordres. J'ai cité plusieurs cas de ce genre au premier volume de ce *Traité*. Je dois rappeler aussi que, chez trois des premiers malades dont j'ai rapporté ci-dessus l'observation, des abcès voisins de la vessie avaient précédé la phlegmasie des articulations.

A la suite de la section périnéale externe et des dilatations forcées de l'urèthre, des inflammations et des collections purulentes locales ont précédé de même ce qu'on appelle les abcès métastatiques. Par une particularité inexpliquée, ce sont alors les organes intérieurs qui sont plus particulièrement affectés, tandis que les articulations et les masses musculaires des membres le sont plus rarement; j'ajouterai que les caractères principaux de l'affection secondaire diffèrent alors essentiellement de ce qu'ils sont dans les premiers cas; souvent même, ces symptômes restent entièrement inaperçus, et l'on ne découvre les désordres qu'après la mort.

d. Il y a une autre résorption que j'ai indiquée depuis long-

temps et que j'ai rappelée dans l'article précédent : c'est même celle qui me paraît exercer la plus grande influence dans la production des phénomènes morbides, se rattachant à une lésion de l'appareil urinaire. Je veux parler de l'urine résorbée et de ses matériaux portés dans le sang. Cette question est beaucoup plus importante qu'on ne paraît le penser. Ayant présenté de nombreuses observations sur ce sujet, dans mes ouvrages antérieurs (1), je ne la mentionne que pour répéter une fois de plus qu'à la suite du séjour prolongé et plus ou moins forcé de l'urine dans son réservoir, la résorption s'effectue en quantité non déterminée, mais de la manière la plus évidente.

Cette doctrine, que je professe depuis trente années, et que viennent appuyer aujourd'hui et les intéressantes expériences de mon collègue et ami M. Claude Bernard (2), et les analyses chimiques entreprises par Joseph Picard et autres, est aussi celle que paraît avoir adoptée M. le professeur Velpeau, toutefois avec des différences que je dois signaler. Pour ce chirurgien, l'urine est un des liquides les plus dangereux, les plus perfides de l'économie, et qui produit les ravages les plus affreux *quand il est sorti de ses canaux naturels ;* c'est ce que tous les chirurgiens savent ; mais M. Velpeau me paraît rester dans le vague lorsqu'il ajoute (3) : « Serait-il donc étonnant que quelques-uns de ses principes, *forcés on ne sait comment de rentrer dans le torrent de la circulation, par suite de l'opération du cathétérisme pratiquée dans certaines conditions peu ou mal connues, ne devinssent la cause de tous les phénomènes ?* » M. Velpeau n'alla pas plus loin, par la crainte, dit-il, de s'égarer dans le champ des hypothèses.

Le passage que je viens de transcrire semble prouver que M. Velpeau et moi nous n'envisageons pas de la même manière le fait capital de la résorption urineuse. Pour lui, la résorption ne paraît s'exercer que sur l'urine épanchée. Pour moi, l'urine

(1) Indépendamment des chapitres consacrés dans ce volume, à la stagnation de l'urine et au catarrhe vésical, on peut consulter ma *Deuxième lettre sur la lithotritie*, 1828, le *Parallèle*, 1836, le *Traité de l'affection calculeuse*, 1838, dans lesquels j'ai étudié, à l'endroit de l'affection calculeuse, l'influence de la stagnation et de la résorption de l'urine sur le résultat des opérations.

(2) *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme.* Paris, 1859.

(3) *Loc. cit.*, p. 329.

résorbée n'est pas sortie de ses réservoirs naturels ; elle y séjourne, au contraire, un temps extraordinaire. Pendant des mois, des années ; la vessie, dont les parois sont frappées d'inertie, reste dans un état permanent de plénitude ; le liquide reflue dans les uretères et les calices des reins, qui se dilatent, s'élargissent. C'est sur ce liquide en stagnation et plus ou moins altéré que l'absorption me paraît s'exercer, non d'une manière brusque, spontanée, mais avec lenteur et persévérance ; et c'est seulement à la longue que s'établit l'état morbide général dont j'ai tracé le tableau au chapitre de la *Stagnation de l'urine.*

§ 2. — Traitement des phlegmasies articulaires et musculaires consécutives.

1° *Considérations préliminaires.*

M. Velpeau disait à ses élèves (1) : « Le plus important à connaître serait le traitement de l'inflammation articulaire consécutive. Malheureusement je ne puis rien vous dire à son sujet..... J'ai employé sans succès les saignées, les sangsues, les émollients, les antispasmodiques ; la maladie a marché malgré ces moyens, ou elle s'est arrêtée d'elle-même, et sans qu'on ait rien fait. » Il n'est pas possible de mettre le praticien plus complétement de côté dans le traitement de cette maladie.

Sans nul doute, le célèbre professeur se trouvait sous l'influence de la stupeur dont il se sentit frappé à la vue de quelques accidents qui paralysaient ses moyens.

Les auteurs qui sont venus ensuite, adoptant les opinions professées à l'hôpital de la Charité, et persuadés qu'on ne saurait faire mieux, ont prescrit le même traitement, auquel ils ont ajouté les préparations de quinquina, dans le double but de prévenir la fièvre et de combattre les désordres consécutifs. Le résultat n'a pas été heureux, comme il était facile de le prévoir ; cependant on persiste dans la même voie, comme le prouvent des publications récentes, entre autres un article de l'honorable M. Phillips (2). Mais l'art est-il réellement aussi dépourvu de ressources

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale, loc. cit.*, p. 330.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 18 septembre 1858.

utiles que le pensent M. Velpeau et ses amis? Je présenterai ici quelques remarques sur les moyens que j'emploie, et les résultats que j'obtiens suffiront pour rassurer les praticiens.

On ne perdra pas de vue que la phlegmasie musculaire et articulaire est précédée immédiatement, dans beaucoup de cas, d'une fièvre, à laquelle on oppose le traitement indiqué plus haut. D'un autre côté, on ne doit pas confondre cette fièvre d'accès avec celle qui suit et qui accompagne l'évolution de la phlegmasie consécutive; ce sont, je le répète, des états fébriles différents, ayant même des caractères tranchés et se succédant l'un à l'autre. La fièvre primitive se trouve transformée, au moment et par le fait même de l'invasion de la phlegmasie, et elle prend presque toujours le type continu. Quelquefois elle semble perdre de son intensité, et le praticien, dont l'attention est absorbée par les phénomènes inflammatoires locaux, n'en tient pas suffisamment compte. Chez quelques malades, néanmoins, la fièvre consécutive, effet de la phlegmasie et de la formation du pus, présente des caractères alarmants, ce que j'ai vu plusieurs fois; chez d'autres, la fièvre, qui était à peine appréciable avant la phlegmasie, est devenue par le fait du travail inflammatoire aussi intense qu'opiniâtre.

Je ferai observer que le chirurgien a devant les yeux des cas plus graves que ceux qui sont relatés dans l'article précédent. Les malades ont tout à la fois la fièvre et la phlegmasie, qui exigent chacune un traitement spécial, sur lequel d'ailleurs les états morbides de la vessie, antérieurs à l'accident, exercent une grande influence.

Supposons un homme plein de force et de vie, dont les fonctions s'exécutent régulièrement, qui se trouve subitement attaqué de la fièvre et de la phlegmasie, à la suite d'un cathétérisme régulier : en ce qui concerne le traitement local, les forces vitales se trouvant en excès, la conduite des praticiens est toute tracée. Les émollients et les sédatifs font la base de la médication, surtout au début. Sous le double rapport du diagnostic et de la thérapeutique il n'y a pas d'erreur possible.

Combien la position est différente lorsqu'il s'agit d'un homme dont l'urèthre et le col vésical sont sains, mais dont la vessie est ou devient inerte? Les besoins d'uriner se rapprochent; il ne peut

les satisfaire qu'en poussant; l'urine sort par un petit jet, quelquefois par gouttes en commençant et en finissant, et elle n'a jamais été expulsée en totalité. Cet état peut durer plusieurs années. Le malade ne souffre pas; il vit comme tout le monde, et il s'accoutume à uriner mal et incomplètement.

Après un temps qu'on ne saurait préciser et qui varie beaucoup, le malade croit s'apercevoir que ses forces diminuent, que les courses le fatiguent, que sa marche est moins assurée, que l'appétit est moins franc : les besoins d'uriner se rapprochent; il lui faut un peu plus de temps pour les satisfaire, et la quantité d'urine expulsée est moindre, quoique toujours rendue sans souffrances. Le malade vit dans un état de quiétude parfaite, bien qu'il ait parfois un sentiment de faiblesse. A la suite d'une fatigue musculaire, d'un écart de régime, et même sous l'influence de la saison froide et humide, l'urine prend de l'odeur, devient quelquefois louche et contient des dépôts; le malade se croit atteint de catarrhe vésical : ou bien les difficultés d'uriner augmentent, le malade ne satisfait ses besoins qu'avec une extrême lenteur; son ventre grossit, la rétention d'urine survient : ou bien encore l'urine sort involontairement.

C'est toujours pour un catarrhe, une rétention ou une incontinence d'urine que le malade consulte, ne faisant remonter la maladie qu'à l'apparition des nouveaux phénomènes. Pour peu que le praticien manque d'expérience ou d'habitude de traiter les maladies des voies urinaires, il ne voit, comme le malade, que l'incontinence, la rétention d'urine ou le catarrhe vésical. Sous l'influence de la médecine du symptôme, qu'on adopte presque toujours dans ces cas, les phénomènes peuvent être modifiés, mais l'état général s'aggrave de plus en plus, et c'est alors seulement qu'on est appelé à executer les explorations et les manœuvres opératoires à la suite desquelles surviennent les désordres qui font l'objet spécial de ce chapitre.

Pour comprendre toute la différence que présente la position du chirurgien dans ces circonstances, il suffit de se rappeler ce qui se passa chez les malades de la deuxième catégorie, même dans les cas les moins graves.

Aussi longtemps qu'on ne touche pas à ces individus, et qu'il n'y a rien de changé dans leur régime et leurs habitudes, ils ne

paraissent pas trop gravement atteints; ils ne souffrent pas. Quoique sous l'influence d'un état fébrile permanent, ils vaquent à leurs affaires, et ce n'est que de loin en loin qu'ils se plaignent d'être faibles ou d'éprouver quelques dérangements de l'estomac; mais au moindre changement d'état et d'habitude, et par suite d'une secousse, d'un ébranlement quelconque, et surtout d'une opération dans le but d'explorer l'organe ou d'évacuer l'urine, il survient des désordres considérables. La fièvre, qui passait inaperçue, redouble et prend des caractères inquiétants. Tantôt l'inertie vésicale augmente et l'urine n'est plus expulsée; si elle continue de sortir naturellement, le malade éprouve des douleurs qu'il ne connaissait pas. Il survient un grand malaise, la faiblesse augmente, l'appétit se perd et le sujet maigrit avec une rapidité prodigieuse. Je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens sur cet état trop peu étudié et dont je me suis occupé dans l'article précédent, et surtout en traitant de la stagnation de l'urine; il forme l'un des points les plus obscurs de la pathologie des voies urinaires. En de telles circonstances, le développement d'une phlegmasie musculeuse ou articulaire est un accident presque toujours funeste.

Il y a deux périodes distinctes dans le traitement de la phlegmasie qui nous occupe. On cherche d'abord à combattre les accidents immédiats. C'est la période la plus critique, pendant laquelle se décide subitement le salut ou la perte du malade. Les moyens à employer appartiennent les uns à la médecine, et les autres à la chirurgie; à leur application se rattachent des questions importantes. Je reviendrai sur ce sujet en exposant le traitement local.

Dans la seconde période, il s'agit de compléter le résultat obtenu par les premiers soins et d'assurer la marche de la convalescence. Cette partie du traitement dans laquelle la conduite des praticiens paraît plus nettement tracée, offre aussi ses incertitudes et ses difficultés. J'ajouterai qu'on se trouve souvent en présence de la pratique routinière et d'opinions généralement admises qui deviennent des obstacles sérieux : le fait suivant dont je relaterai les principales circonstances en fournit la preuve.

Vingt et unième fait. — Un des plus honorables praticiens de Paris éprouva, il y a quelques années, des besoins fréquents et

douloureux d'uriner avec un trouble manifeste des principales fonctions de l'économie. Ses amis soupçonnant l'existence d'un calcul vésical, je fus consulté. D'après l'exposé très lumineux que le malade me fit de sa position, je pensai que nous avions affaire à une inertie de la vessie avec un léger catarrhe, accompagnés de fièvre, de malaise et de faiblesse progressives. Je prescrivis mon traitement contre la stagnation de l'urine, et au bout de trois semaines les accidents avaient cessé; bientôt notre confrère fut en état de reprendre les soins de sa clientèle.

Plus de cinq ans après, à la fin de 1854, ce praticien réclama de nouveau mes soins; je le trouvai dans une position fort critique; il avait depuis longtemps renoncé à l'usage de la sonde, et sa vessie, ne se vidant plus de tout le liquide qu'elle contenait, avait acquis une grande capacité; sa surface interne était devenue le siége d'une phlegmasie chronique. Il y avait de la fièvre avec une grande faiblesse, et des douleurs musculaires dans les membres, les lombes et les parois de la poitrine; toutes les fonctions étaient plus ou moins troublées. Au milieu de tous ces phénomènes morbides on ne parvenait pas à constater une maladie caractérisée; déjà on avait employé sans succès divers moyens du ressort de la médecine. MM. Chomel et Cruveilhier furent appelés. L'examen du malade fut fait avec le soin et l'habileté que ces grands praticiens apportent à l'exercice de leurs fonctions; cependant on ne parvint à déterminer ni la nature ni le véritable iége du mal.

Lorsque vint mon tour d'exprimer mon sentiment, je rappelai l'état morbide, analogue, mais moins avancé, pour lequel j'avais donné mes soins à notre confrère, et le résultat que j'avais obtenu quelques années auparavant, et j'ajoutai que les désordres pour lesquels nous étions réunis, me paraissaient tenir à la même cause. Cette opinion fut adoptée. Il fut convenu qu'on viderait la vessie aussi souvent qu'un besoin pressant d'uriner se ferait sentir : par ce moyen le malade ne fut plus réduit, de 20 à 30 fois par jour, à faire de pénibles efforts pour uriner, qui l'épuisaient et le privaient de tout repos. Dès le troisième jour il se manifesta un peu d'amélioration; le pouls perdit de sa fréquence, la bouche fut moins sèche; l'estomac admit un peu plus de boissons, l'urine s'éclaircit et le malade recouvra le sommeil.

Le passage de la sonde qui était d'abord assez pénible, devint plus facile et moins fatigant ; les douleurs du dos et des membres diminuèrent. A la fin de la première semaine nous étions déjà rassurés sur les suites d'un état morbide qui nous avait donné les plus vives inquiétudes.

Bientôt la convalescence s'établit franchement, et le malade commença à uriner ; mais on se hâta trop de diminuer le nombre des sondages, il arriva même que pour ne pas déranger le chirurgien chargé de pratiquer cette opération, le malade resta pendant douze heures sous l'influence de besoins non satisfaits. La vessie se contractait, mais sans résultat; il survint un malaise général, des douleurs à la région pubienne, et la première urine qu'on retira par la sonde, était bourbeuse, légèrement brune et fétide. Il y eut une réaction immédiate; de 80, les pulsations du pouls furent portées à 130 ; le malaise général, la faiblesse, l'accablement, la sécheresse de la langue reparurent, et en quelques heures le malade se retrouva dans ses plus mauvais jours. Un changement aussi subit impressionna vivement les personnes qui entouraient le malade : elles ne comprenaient pas que quelques envies d'uriner et quelques efforts pour les satisfaire pussent avoir de telles conséquences : mais ce qu'on ne comprenait pas d'abord devint bientôt évident pour tout le monde.

Ce n'était là pour moi que la suite de la stagnation de l'urine et des contractions douloureuses de la vessie pour chasser ce liquide : j'insistai plus que jamais sur la nécessité de sonder le malade plus souvent et plus régulièrement, bien qu'il rendît actuellement une partie de l'urine. Sous l'influence particulière de ce rtaitement, purement local, les nouveaux phénomènes morbides disparurent, et la convalescence reprit son cours. Afin d'en activer la marche, on prescrivit divers moyens du ressort de la médecine, auxquels je donnai mon adhésion complète. Il ne survint pas d'autres accidents notables, et le malade, malgré son grand âge, ne tarda pas à reprendre l'exercice de sa profession. La première visite me fut consacrée et il me promit bien de de ne plus négliger l'emploi de la sonde.

Ce qui s'est passé chez notre estimable confrère n'est pas un fait isolé ; j'ai obtenu le même succès dans un grand nombre de circonstances analogues.

Nous venons de voir dans ce cas, et l'on retrouve dans beaucoup d'autres l'éloignement du malade pour l'usage de la sonde, alors même qu'ils n'en souffrent plus, et que son introduction est plutôt un assujettissement qu'une opération. Cette espèce d'aversion est partagée par beaucoup de médecins, même parmi les plus éclairés; on les voit tous les jours, dans le but d'épargner au malade les douleurs du cathétérisme, leur donner le regrettable conseil de résister aux besoins d'uriner et de ne céder que lorsqu'ils sont vaincus par la douleur. Encore une fois cette pratique routinière est fatale aux malades, ce que prouvent en toute évidence les faits nombreux dont j'ai publié les détails. Je n'ai pas à revenir ici sur ce sujet.

Après ces remarques, je passe à l'exposé des moyens que j'emploie et qui varient, suivant qu'il s'agit d'une inflammation musculaire ou d'une arthrite.

2° *Traitement de la phlegmasie musculaire.*

1° Après avoir combattu la fièvre primitive, je m'attache aux premières douleurs locales, aux premiers indices de la phlegmasie, qui se déclare, soit dans les muscles, soit dans les articulations. Je fais placer le malade dans une chambre chaude; je prescris la diète et un repos absolu, une légère infusion de thé, de camomille, ou toute autre boisson légèrement aromatique. Je fais couvrir la partie douloureuse de cataplasmes émollients à la température du corps, et renouvelés toutes les quatre heures.

Le lendemain, la douleur est moindre, les angoisses ont diminué, et la phlegmasie se termine par avortement. Ce sont les cas les plus heureux.

2° Dans plusieurs circonstances, la phlegmasie paraît cesser, mais en réalité elle ne fait, le plus souvent, que changer de place; ce que j'ai observé plusieurs fois.

Vingt-deuxième fait. — Un malade de l'hôpital, urethrotomisé le 15 octobre 1859, tomba, à la suite d'un accès de fièvre modéré, dans un état d'anxiété extrême, avec des douleurs vives au mollet droit; le lendemain elles s'étaient portées à la cheville, mais plus faibles. Le jour suivant, les deux côtés du thorax de-

vinrent douloureux ; il y avait de la dyspnée ; on appliqua des ventouses scarifiées, qui produisirent de bons effets. Deux jours après la douleur se manifesta de nouveau au mollet droit, mais faible ; elle a finalement cessé, et le traitement contre la coarctation urétlirale a été repris.

J'ai cité le cas d'un malade traité à l'hôpital en 1840, chez lequel il survint, à la suite de la première séance de lithotritie, un gonflement considérable et douloureux, à l'articulation tibio-tarsienne. Sous l'influence des antiphlogistiques et des résolutifs les accidents cessèrent et l'on reprit ensuite, avec tout le succès désirable, le traitement par la lithotritie. Je dois rappeler que, pendant le cours de la maladie, cet homme avait eu plusieurs gonflements analogues de la jambe, mais moins développés, et qui s'étaient terminés aussi en peu de temps.

Chez deux autres calculeux, le traitement par la lithotritie fut aussi interrompu, l'un par une arthrite, et l'autre par une phlegmasie du mollet ; ces accidents consécutifs se sont terminés par une résolution prompte, et les opérations pour la pierre ont été reprises, et se sont terminées très heureusement.

3° Dans les cas plus avancés, la douleur augmente, et à la seconde visite, on trouve le malade avec une forte fièvre, un abattement considérable et dans un état d'angoisse inexprimable ; la partie affectée est rouge, tuméfiée, quelquefois avec un empâtement difficile à apprécier, tant le malade souffre du simple contact des doigts. Les sangsues, même en grand nombre, que j'ai fait appliquer, et les opiacés à haute doses que j'ai prescrits, à différentes reprises, n'ont jamais complétement réussi ; sous leur influence, la douleur diminue, mais le gonflement augmente ainsi que l'empâtement, et presque toujours l'état général s'aggrave. Les moyens du ressort de la médecine sont impuissants : j'ai vu succomber en peu de temps plusieurs de mes malades ; d'autres chirurgiens n'ont pas été plus heureux. Il est urgent de prendre un parti : il faut procéder comme on le ferait si le travail phlegmasique était à son terme, comme s'il y avait une fluctuation manifeste. On pratique sur la partie tuméfiée, et suivant l'indication, une suite de mouchetures ou d'incisions plus ou moins profondes, par lesquelles s'écoule une sérosité abondante, mêlée de sang. Comme le pus ne paraît que plus tard,

et toujours d'une quantité non proportionnée à l'étendue des incisions pratiquées, il est prudent de prévenir la famille qu'il s'agit, non d'ouvrir un abcès, mais bien d'en prévenir la formation. Ici, comme à la suite des infiltrations urineuses, l'étendue et la profondeur des incisions assurent le succès du traitement.

C'est le seul procédé qui ait réussi quelquefois dans les cas graves qui se sont offerts à moi, et dont le plus remarquable est celui du malade Deroulède. Le résultat est d'autant plus prompt et plus certain qu'on opère plus tôt. C'est pour avoir trop attendu, au commencement de ma pratique surtout, que j'ai vu survenir une série d'abcès successifs, et une suppuration abondante qui a mis la vie des malades en danger. Tandis que, en devançant la formation du pus, on parvient souvent à limiter la maladie, et l'on n'a ensuite à combattre que des collections purulentes très circonscrites.

Je ne saurais trop le redire, la position du chirurgien est souvent difficile en présence de ces cas plus graves les uns que les autres.

Le *melius anceps quam nullum* trouve ici une juste application.

Je citerai encore un fait, avec d'autant plus de raison qu'il s'y rattache des considérations très importantes.

Vingt-troisième fait.— En 1858, j'ai donné des soins à M. L... (du Havre), affecté d'un rétrécissement uréthral ancien, à la suite duquel étaient survenus des tumeurs, des abcès urineux et un délabrement considérable de la santé générale, qui avait donné des inquiétudes sérieuses à sa famille.

Lorsque je vis le malade, il avait de la fièvre avec quelques paroxysmes. Cependant je commençai le traitement de la coarctation uréthrale par le procédé de la dilatation temporaire. Mais une tumeur qui paraissait stationnaire à la symphyse pubienne, augmenta de volume et se ramollit; elle fut incisée profondément et il s'écoula une grande quantité de pus bien lié. Le malade fut soulagé, mais moins que je ne m'y attendais, et huit jours après survinrent des douleurs vives au mollet, avec empâtement, rougeur à la peau et une sensibilité telle, que le plus léger contact devenait insupportable. Les applications émollientes et sédatives produisirent quelque bien; la sensibilité en particulier diminua d'une manière notable. Cependant cet état, auquel se joignaient

la fièvre et le trouble des principales fonctions, nous inspirait les plus vives inquiétudes à M. Louis et à moi, lorsqu'apparut tout à coup une sueur très abondante qui mit fin à tous les accidents locaux et généraux. Cette sueur, qui n'avait été précédée d'aucun frisson, que nous n'avions pas provoquée, revint spontanément les nuits suivantes, pendant huit jours, presque à la même heure, et toujours assez copieuse pour faire craindre que le malade n'en fût affaibli. Loin de là, M. L... sentait ses forces et son état de santé revenir sous l'influence salutaire de cette sueur, et bientôt il fut en état de retourner au Havre. Il parut prudent d'ajourner le traitement de la coarctation uréthrale, qui n'a été repris qu'en 1859, et il s'est terminé de la manière la plus heureuse sans le moindre accident.

Chez plusieurs malades j'avais remarqué les bons effets des sueurs abondantes, spontanées, sans frisson préalable ; elles ont mis fin à des douleurs locales et à des phénomènes généraux vagues, réfractaires aux moyens dont l'art dispose ; mais dans aucun cas le résultat n'a été ni aussi prompt ni aussi patent que chez le malade L...

3° *Traitement de la phlegmasie articulaire.*

Lorsque le chirurgien se trouve en face d'une arthrite, avec épanchement de liquide dans l'articulation, sa position est toujours difficile. Il ne saurait donc s'attacher avec assez de soin à combattre la phlegmasie au début et à obtenir, par les moyens usités, les vésicatoires spécialement, la résolution du liquide épanché. Dans plusieurs cas simples, j'ai obtenu des résultats qui dépassaient mes espérances. Mais ce n'est quelquefois qu'à la suite d'un long traitement que la guérison se complète et se consolide.

Vingt-quatrième fait. — Chez un malade dont la vessie fonctionnait péniblement et auquel nous avons donné des soins, MM Michon, Goupil et moi, il survint spontanément, pendant l'usage de la sonde destinée à évacuer l'urine, plusieurs fois par jour, une arthrite du genou droit avec gonflement très douloureux, épanchement de liquide, fièvre continue, symptômes d'autant plus inquiétants, qu'il s'agissait d'un malade épuisé. Après

deux mois d'un traitement actif et exactement suivi, la résolution du liquide épanché dans l'articulation fut à peu près complète ; mais le malade conserva pendant une année au moins un engourdissement, une rigidité douloureuse du genou, dont les mouvements, d'abord très limités, ne se sont complétement rétablis qu'à la deuxième année.

Vingt-cinquième fait. — Chez le malade M... il était survenu, à la suite de deux tentatives prolongées de lithotritie, faites par Amussat, un abcès à l'articulation de l'épaule et un autre à celle du genou. Le cas était fort grave, il fut décidé, du moins d'après le récit du malade, dans une consultation, qu'on ouvrirait les abcès par la méthode sous-cutanée. Le résultat fut satisfaisant, et environ quatre mois après, j'ai lithotritié ce malade avec le plus grand succès et sans qu'il y ait eu la moindre phlegmasie articulaire.

Dans un cas, M. Velpeau a ouvert les articulations tibio-tarsiennes. Le malade a conservé deux ankyloses.

Chez un malade de mon service, déjà noté, j'ai dû songer aussi à donner issue à une grande quantité de liquide accumulé dans l'articulation du genou droit. J'en ai été détourné par l'étendue de la phlegmasie à la presque totalité du membre. Le malade succomba trois jours après.

Quelque effroi que doivent inspirer les phlegmasies, soit articulaires, soit musculaires, qui surviennent à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou la vessie, on ne doit pas désespérer d'obtenir d'heureux résultats par un traitement judicieux et régulièrement suivi ; les faits que je viens de relater en font foi. J'ajouterai même que les guérisons obtenues se consolident quelquefois en peu de temps, au point que les malades ont pu reprendre avec succès le traitement que l'invasion de la phlegmasie avait fait suspendre, et qui a été continué comme s'il n'avait pas été interrompu.

Aux faits déjà cités j'ajouterai le suivant qui intéressera, surtout en raison des complications dont il a offert l'exemple.

Vingt-sixième fait. — M. Armet de Lisle, souffrant un peu de la vessie et beaucoup de l'estomac, avait eu plusieurs fois aux jambes, des éruptions de gros boutons rouges douloureux et des plaques, avec des démangeaisons insupportables. Je crus pou-

voir rattacher ces éruptions à l'existence d'un calcul vésical, qui avait été méconnu. Je préparai le malade à la lithotritie, dont la première séance fut suivie, deux jours après, d'une rétention d'urine avec fièvre, hoquets, nausées. L'éruption reparut aux jambes, mais plus profonde et plus développée qu'elle ne l'avait été jusque-là, et accompagnée de douleurs vives et de gonflement. Le traitement par la lithotritie fut suspendu. Le praticien qui voyait le malade avec moi et la famille de M. Armet redoutaient, par-dessus tout, la reprise de l'opération, à laquelle ils rapportaient tous les désordres. Cependant la lithotritie fut reprise et continuée jusqu'à la fin sans accident. Le malade guérit parfaitement, et, malgré son âge avancé, il a vécu dix ans ensuite en très bonne santé. Il fallait être fixé, comme je l'étais, sur la nature de la maladie pour ne pas craindre le retour des phénomènes.

Art. III. — Des engorgements du testicule et du cordon spermatique pendant le traitement des maladies de l'urèthre.

§ 1. — Phlegmasie aiguë.

Parmi les accidents qui surviennent pendant les maladies de l'urèthre, et surtout après les opérations pratiquées dans ce canal, je n'en connais pas de plus fréquents que le gonflement inflammatoire des cordons spermatiques, et surtout des testicules et de leurs enveloppes (1).

La pratique journalière constate qu'il existe une liaison intime entre l'urèthre, le col vésical et les organes génitaux, et que ces derniers reçoivent l'influence de toute irritation qui a fixé son siége sur les premiers. On sait avec quelle facilité les testicules s'engorgent dans tous les genres d'uréthrite : la *chaude-pisse tombée dans les bourses*, comme l'appelle le vulgaire, est un accident si commun qu'il ne surprend personne. Toute autre irritation produite dans l'urèthre, par un agent quelconque, une bougie ou une sonde, un instrument lithotriteur, un cau-

(1) A ces phlegmasies qu'on observe tous les jours, se rattachent des considérations importantes de physiologie et de pathologie que j'ai dû laisser de côté, et par suite, je n'ai pu donner à cet article les développements qu'il comporte. Je recommande à mes jeunes confrères ce sujet intéressant de recherches et d'expériences, que les devoirs de la profession ne m'ont pas permis d'entreprendre.

stique ou des scarifications, détermine souvent le même phénomène morbide. Mais, que l'irritation uréthrale provienne d'un coït impur, d'un rétrécissement ancien, de l'un des moyens propres à rétablir le diamètre du canal, ou du passage d'un instrument agissant par contusion, par pression, par frottement ou par incision, l'effet est à peu près le même. L'un des testicules, car rarement tous deux sont pris à la fois, augmente de volume, durcit et devient douloureux ; le malade éprouve la sensation d'un poids incommode et d'un tiraillement dans la direction du cordon spermatique correspondant. En général les accidents inflammatoires marchent avec rapidité : le scrotum devient rouge, luisant, douloureux au toucher : après deux ou trois jours d'un développement progressif, la tumeur reste stationnaire pendant quelque temps, après quoi elle diminue, d'une manière lente lorsque la résolution s'opère ; plus prompte quand, la suppuration ayant lieu, il survient un abcès qui s'ouvre au dehors. Du reste, la douleur, qui n'est pas toujours proportionnée à la tuméfaction, diminue et cesse même au bout de quelques jours, et le malade ne conserve qu'un sentiment de malaise, de gêne, de fatigue.

L'inflammation du testicule présente des variétés nombreuses dans son développement, sa marche, les symptômes généraux qu'elle provoque et sa terminaison.

1° Le mouvement inflammatoire n'a pas toujours lieu d'une manière aussi franche et aussi régulière que je viens de le dire. Quelquefois le malade souffre pendant plusieurs jours dans le trajet du cordon spermatique, avant que le testicule lui-même commence à se tuméfier. Il y a douleur locale, malaise général, et le gonflement ne survient qu'à une époque plus ou moins éloignée. Dans d'autres circonstances, la douleur est vive et la tuméfaction à peine sensible ; on applique des sangsues, et aussitôt le gonflement se développe avec rapidité, en même temps que la douleur diminue d'une manière notable. Comment agissent alors les sangsues ? Est-ce en relâchant, en dégorgeant les tissus, ou bien en modifiant le travail inflammatoire ? Quoi qu'il en soit, ces cas ne sont pas rares ; on peut, jusqu'à un certain point, prévoir ce qui arrivera par le fait des sangsues, et il est même utile d'en prévenir le malade.

2° La marche de l'inflammation ne varie pas moins, quel que

soit son début : tantôt elle arrive en fort peu de temps à son plus haut période, et diminue ensuite par une gradation plus ou moins rapide; tantôt elle a des alternatives d'amélioration, d'exaspération et de stagnation, dont on parvient quelquefois à découvrir la cause, mais qui souvent aussi dépendent de circonstances inappréciables. Ce dernier cas a beaucoup plus de gravité que l'autre. La marche irrégulière, et les variations dans le développement de la maladie peuvent être portées au point de tromper tous les calculs de l'expérience. Le praticien ne saurait donc se tenir trop sur la réserve, afin de ne pas voir l'événement démentir son pronostic.

On rencontre aussi des exceptions fort remarquables. Il y a des orchites légères, dont le développement irrégulier, mais assez circonscrit, est précédé et accompagné de symptômes généraux dont la gravité semble ne point être en rapport avec le travail morbide qui s'opère dans le testicule. J'ai souvent observé, dans ces cas, que les vésicules séminales et les cordons spermatiques étaient spécialement affectés, et qu'ils étaient le point de départ des phénomènes morbides, ainsi que je l'ai fait remarquer en traitant des maladies de ces organes, dans le second volume (1). A l'exception de leur intensité, un peu plus grande que quand le testicule est l'unique siége de la phlegmasie, les phénomènes sont les mêmes. Cette identité, jointe aux données qu'on acquiert en explorant les vésicules séminales par le rectum, et la continuation du même état morbide lorsque plus tard, le testicule finit par se tuméfier, sont les circonstances qui m'ont conduit à supposer une inflammation de la partie profonde des cordons spermatiques, avant même l'apparition d'aucune tumeur au dehors; j'en ai cité un exemple.

3° Dans un grand nombre de cas, l'inflammation du testicule est une maladie simple et absolument locale; à moins qu'elle n'ait acquis un grand développement, les souffrances qu'elle occasionne cessent dès les premiers jours : il ne reste qu'un état de gêne, de malaise, entretenu presque exclusivement par la tuméfaction du scrotum et le sentiment d'un poids incommode pro-

(1) Voyez pages 501 et suivantes, où j'ai relaté des faits très intéressants. Voyez aussi le traitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle, p 182.

duit par la même cause. Dans d'autres circonstances, au contraire, les symptômes locaux sont très irréguliers, et l'on voit survenir des désordres généraux, qui ne sont même point en rapport avec l'affection locale. Ainsi la fièvre, le délire et des mouvements nerveux accompagnent certaines orchites, qui paraissent d'ailleurs peu considérables. On observe à cet égard des différences nombreuses, qu'il serait inutile de passer en revue, et qu'il suffit d'indiquer d'une manière générale.

4° C'est dans la terminaison surtout qu'on rencontre des effets très dissemblables sur le compte desquels je crois nécessaire de présenter quelques observations.

Les différents modes de terminaison assignés à l'inflammation en général, peuvent avoir lieu dans l'orchite; cependant la résolution est incomparablement plus commune que toutes les autres réunies. Sous ce point de vue, j'ai obtenu des résultats qui contrastent d'une manière frappante avec les opinions émises par la plupart des auteurs. J'ai observé un très grand nombre d'orchites, soit dans la pratique de la lithotritie, soit dans les divers traitements des coarctations uréthrales, soit enfin dans l'uréthrite et dans toutes les circonstances où cet accident peut se montrer, et jamais je n'ai vu ces sortes d'inflammations se terminer par induration, squirrhe ou cancer. Cependant les auteurs citent en foule les cas de cette issue fâcheuse de l'orchite. Faut-il attribuer une telle différence au mode de traitement, ou bien la nature de la phlegmasie uréthrale, dans la gonorrhée, influerait-elle sur la terminaison de l'inflammation testiculaire? De nouveaux faits sont nécessaires pour résoudre d'aussi graves questions ; mais il ne serait pas rationnel de rapporter au hasard la longue série de ceux que j'ai recueillis pendant une période de trente-six années.

Au reste, quels que soient les moyens curatifs mis en usage, et malgré la tendance bien manifeste de la maladie à se terminer par résolution, on voit de temps en temps la suppuration s'établir; mais cette terminaison n'a rien de grave, pourvu qu'on donne issue à la collection purulente avant que les tissus soient frappés de mort. Il convient même de remarquer que la guérison est plus prompte lorsque la suppuration a lieu, que quand un gonflement considérable se dissipe par la voie seule de la résolution.

On a cherché à expliquer de différentes manières la propagation de la phlegmasie de l'urèthre et du col de la vessie aux testicules. Les uns n'ont vu là qu'un effet purement sympathique; d'autres ont admis que l'inflammation s'étendait par voie de continuité, et ils lui ont fait parcourir successivement toute la filière des canaux spermatiques. Chacun a rapporté en faveur de son opinion et des faits et des raisonnements plus ou moins concluants, mais qui sont la plupart insuffisants pour expliquer d'une manière satisfaisante les particularités que l'expérience de tous les jours soumet à notre observation. Dans la plupart de ces théories, en effet, on n'a pas tenu compte de diverses circonstances qui paraissent exercer une influence sur la production de l'orchite consécutive à l'irritation de l'urèthre et du col de la vessie. Ainsi, lorsque la partie prostatique du canal devient le siége de la phlegmasie, les orifices des canaux déférents tombent malades, et sont par conséquent impropres à remplir leurs fonctions. Le liquide spermatique, sécrété en proportion variable, mais d'une manière continue, ne peut point être expulsé, alors même qu'il se trouve en excès dans ses réservoirs. De là naissent un état permanent d'irritation et un trouble dans les fonctions des testicules, qui se joignent aux désordres inflammatoires constituant l'orchite. Quoi qu'il en soit, je suis loin de contester l'influence sympathique établie par des faits nombreux, tant pour le testicule que pour beaucoup d'autres organes. Ce serait également se refuser à l'évidence que de nier la possibilité qu'une phlegmasie uréthrale se transmette par voie de continuité, le long des cordons spermatiques, jusqu'aux testicules, ainsi que le pense M. Roux, et j'ai même observé cette transmission dans un assez grand nombre de cas; mais il existe beaucoup d'incertitude sur ce point.

Si l'on passe en revue les cas nombreux dans lesquels les testicules se sont engorgés, on verra qu'il existe entre cet accident et l'état préalable de la prostate et de l'extrémité des canaux déférents, une connexité et des rapports qui rendent raison du phénomène. L'état morbide des uns constitue pour les autres une prédisposition à la phlegmasie (1). En effet, les testicules devien-

(1) Voyez le t. II, p. 213, l'influence des lésions de la prostate sur les organes génitaux.

nent malades lorsqu'un instrument ou tout autre agent thérapeutique agit avec force sur la partie de l'urèthre voisine du col vésical, quand des manœuvres malhabiles ont provoqué dans le canal quelqu'une de ces lésions profondes qui entretiennent pendant longtemps une irritation au col de la vessie, et surtout lorsque, par l'effet d'un rétrécissement ancien, la partie prostatique de l'urèthre a éprouvé de graves désordres, et que la prostate a été envahie par un état morbide permanent.

Je ne dois pas omettre non plus les rapports qui existent entre l'intensité de la phlegmasie testiculaire et l'état aigu ou chronique de l'uréthrite qui l'a précédée. Je répète encore qu'il ne faut point perdre de vue aussi les difficultés que l'état morbide de la prostate apporte à l'éjaculation, et les effets qui peuvent résulter de ces difficultés dans la production de l'orchite. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'émission du sperme occasionne alors une sensation pénible et douloureuse, et qu'elle entraîne un état de malaise, de faiblesse et d'abattement. On n'a fait aucune attention à cette circonstance, qui mérite cependant qu'on y ait égard. Que l'éjaculation soit spontanée ou provoquée par le coït, le résultat est le même; la douleur, le malaise, la fatigue, l'anxiété qu'elle détermine, se prolongent quelquefois pendant plusieurs jours.

L'indication de ces faits suffit ici : je les ai longuement discutés dans le second volume. (*Maladie des vésicules séminales.*)

Rien assurément n'est mieux prouvé que l'influence réciproque de l'urèthre, du col vésical et des testicules. L'observation constate cependant un fait qu'il importe de signaler, savoir, que l'irritation, même profonde, de l'urèthre ne suffit pas en général pour produire l'engorgement testiculaire; mais elle constitue principalement une prédisposition, à la faveur de laquelle une simple pression, la plus légère contusion sur l'organe ou même sur le cordon, peuvent ensuite déterminer le mouvement inflammatoire, c'est une observation que j'ai eu souvent occasion de répéter dans l'application de la lithotritie et dans le traitement des coarctations uréthrales. Lorsqu'un malade a soin de porter un suspensoire, et qu'il use de toutes les précautions nécessaires pour ne pas froisser le testicule, rarement celui-ci s'engorge-t-il, lors même que l'irritation uréthrale a été très vive,

tandis que les hommes sans précaution à ce sujet, sont souvent atteints d'orchite : j'en ai vu qui, ayant cessé trop tôt l'usage du suspensoire, et s'étant abandonnés à la marche, ont eu, quinze jours ou même trois semaines après, une inflammation très intense du testicule, dont aucune trace ne s'était manifestée pendant le cours du traitement : chez d'autres, l'engorgement testiculaire s'est déclaré à la suite d'un coït trop rapproché du jour de l'opération : chez d'autres encore, la reprise d'un bandage herniaire, qu'ils avaient quitté pendant le traitement, a suffi pour produire un effet analogue. Dans quelques cas même, la tuméfaction du testicule se manifeste sans nulle cause appréciable, et d'une manière pour ainsi dire instantanée. Entre autres exemples, j'en ai observé un fort remarquable, en novembre 1836, chez un vieillard de quatre-vingt-onze ans, qu'on sondait déjà depuis quelque temps, toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner : l'introduction de la sonde était facile et peu douloureuse ; c'était toujours la même personne qui faisait l'opération. Tout à coup survint un gonflement des deux testicules, avec épanchement, mais sans douleurs; on se contenta de soutenir ces organes et de les recouvrir d'un cataplasme : en deux jours la tuméfaction disparut.

En pareil cas il y a plutôt épanchement dans la tunique vaginale qu'inflammation proprement dite du testicule ; or, cet épanchement n'est pas rare.

Plus d'une fois j'ai vu les deux états coïncider ensemble ; mais, bien que l'hydrocèle soit le plus souvent la conséquence de l'autre, il s'est offert à moi quelques exemples d'engorgements testiculaires survenus chez des malades atteints d'une hydrocèle, qui même a disparu avec l'inflammation consécutive.

§ 2. — Traitement.

1° Quelle que soit la cause de l'orchite, le premier soin du chirurgien doit être de faire avorter l'inflammation : on y parvient souvent lorsqu'on a été appelé à temps, et qu'il n'y a encore qu'une légère secousse produite. Si le gonflement est à son début, s'il y a exaltation de la sensibilité, sensation de malaise, tiraillements dans le cordon correspondant, plutôt

que véritable douleur, un repos absolu, la position couchée, des cataplasmes froids, un soin extrême de tenir les testicules relevés et d'éviter les tiraillements des cordons, suffisent souvent pour enrayer la maladie, et prévenir le développement des phénomènes morbides.

2° Si ce traitement n'a point le succès qu'on en attend, ou si les progrès de la phlegmasie, au moment où l'on est appelé, n'ont point permis d'obtenir ce résultat, c'est à la méthode antiphlogistique qu'il faut d'abord recourir en la proportionnant à l'intensité de la maladie et à l'état général du sujet. L'usage des purgatifs devient ensuite très utile.

D'abord une application de sangsues sur la partie la plus tuméfiée et la plus douloureuse a pour effet de diminuer la douleur, qui cesse même quelquefois en peu d'heures. Ce résultat a d'autant plus d'importance qu'ici les douleurs sont accompagnées d'angoisses excessivement pénibles, de sorte que si une première application de sangsues ne suffit pas, il ne faut point hésiter à en faire une seconde, même une troisième. Lorsque la douleur est calmée, on se borne à des applications émollientes d'abord, puis résolutives, tout en observant les précautions qui ont été indiquées plus haut, c'est-à-dire retenant le malade au lit, suspendant le testicule engorgé, et veillant à ce que le ventre reste libre. Le gonflement, qui avait augmenté par suite de l'application des sangsues, reste stationnaire pendant quelque temps, et diminue progressivement ensuite ; lorsque l'inflammation doit se terminer par résolution, on favorise celle-ci par l'emploi des fumigations, en plaçant la partie tuméfiée sur l'ouverture d'un vase dans lequel on a mis un mélange à parties égales, de vinaigre et d'eau bouillante. Quelques frictions avec la pommade mercurielle, vers la fin du traitement, m'ont paru favorables, mais dans un petit nombre de cas seulement. J'ai presque entièrement renoncé à l'usage des bains : quelque précaution qu'on prenne dans les mouvements que leur emploi réclame, les cordons testiculaires sont tiraillés, et de là résulte plus de mal que le bain ne fait de bien. Tous les moyens de compression dont on a proposé l'usage m'ont paru plus nuisibles qu'utiles.

3° Cependant les malades continuent de souffrir malgré les saignées locales. Ce phénomène peut tenir à deux causes : tantôt

les cordons et les vésicules séminales sont plus profondément atteints qu'on ne l'avait supposé, et alors le cas peut devenir grave, car on doit redouter la formation d'abcès profondément situés dans le petit bassin, qui pourraient entraîner la perte du malade ; tantôt la douleur résulte d'une distension excessive des enveloppes du testicule. Il me paraît utile de rappeler une circonstance particulière qui m'a fourni l'occasion de constater un fait important. L'un de mes confrères, le docteur Rousset, était soumis à la lithotritie et présentait un cas fort grave, parce qu'il y avait plusieurs pierres, engorgement de la prostate, catarrhe de vessie, irritabilité excessive de l'urèthre, conditions défavorables, en raison desquelles j'avais hésité pendant longtemps à mettre en usage la nouvelle méthode, qui eut cependant tout le succès qu'on pouvait attendre d'elle; mais le traitement fut interrompu par un engorgement considérable du testicule : la tension des enveloppes était extrême, le malade croyait sentir de la fluctuation, et il souffrait tellement, qu'il avait pris le parti d'exécuter la ponction, quoi qu'il pût en advenir. La prudence voulant qu'on l'empêchât de pratiquer lui-même cette opération, je me décidai à faire une très petite ouverture au moyen d'une lancette : il sortit une grande quantité de sérosité roussâtre, mais n'offrant rien de purulent. Le malade fut soulagé presque immédiatement. Le lendemain il voulut qu'on pratiquât d'autres mouchetures sur les points qui ne s'étaient pas dégorgés la veille ; le résultat ne fut pas moins heureux, et dès ce moment M. Rousset cessa de souffrir, ou du moins il n'éprouva que les douleurs qui accompagnent la production du pus ; car définitivement il se forma un abcès. Ce résultat m'impressionna vivement. Depuis cette époque, j'ai eu souvent occasion de faire des mouchetures lorsque la tension des enveloppes testiculaires était assez considérable pour provoquer de la douleur, et toujours l'issue a été heureuse ; dans quelques cas même, je suis parvenu à empêcher ainsi la suppuration, lorsque l'intensité des premiers symptômes semblait annoncer l'imminence de ce mode de terminaison (1).

(1) Je reproduis l'observation de M. Roussel et les courtes remarques qui la terminent, tels que je les ai publiées en 1837, p. 424 du Ier vol. de mon *Traité pratique*. Ce fait, que le hasard m'a offert, n'a pas besoin de commen-

Je ne saurais dire le nombre de malades que j'ai traités de cette manière, depuis près de trente années, tant à l'hôpital où ces opérations ont eu de nombreux témoins, que dans la pratique particulière ; mais ce que je puis assurer c'est qu'ayant de fort nombreuses occasions d'observer des orchites, j'ai eu souvent recours aux mouchetures plus ou moins profondes : qu'elles agissent en dégorgeant les tissus, en faisant cesser la tension des tuniques enflammées du scrotum, ou en débarrassant le testicule d'une compression pénible, comme le pensent quelques chirurgiens; ou qu'elles aient tout autre mode d'action, il est certain qu'elles soulagent, qu'elles font cesser les accidents, surtout la douleur et ses suites, et cet effet se reproduit à chaque application. Elles concourent à prévenir la formation d'un abcès, et elles abrégent la durée du traitement, c'est plus qu'il n'en faut pour que le praticien y doive recourir. Mais ce serait dépasser le but, que d'en faire une méthode générale et exclusive, ainsi que le veut M. Velpeau, qui disait en 1844 : *Aucun des malades entrés à la Charité avec une orchite aiguë, n'en est sorti sans avoir été soumis aux piqûres de lancettes;* et il ajoute : *Je puis affirmer qu'aucun d'eux n'en a éprouvé le moindre accident* (1) On pensera peut-être que c'est vouloir prouver beaucoup trop, surtout dans certains cas, et en procédant comme le prescrit le chirurgien de la Charité; il s'exprime ainsi : « Si, au début de cette pratique, je prenais toutes les précautions imaginables pour éviter le testicule, il m'est souvent arrivé par la suite, de piquer la tumeur sur un ou plusieurs points, quoiqu'aucun *épanchement n'existât entre les feuillets de la tunique vaginale.* » L'auteur pense, d'un autre côté, et sans tenir compte de ce qu'il avait *imprimé en* 1839 (2), « que de simples piqûres de la tunique albuginée et de la pulpe testiculaire n'entraînent aucun danger; que, produites par une pointe de lancette ou de tout autre instrument étroit et bien tran-

taires ; il révèle à lui seul la cause de l'un des plus importants caractères de la maladie, et il ouvre une nouvelle voie à la thérapeutique des engorgements testiculaires. J'en ai embrassé immédiatement toute l'importance, et, dès le lendemain, j'étais en possession d'un moyen puissant, dont le succès m'était garanti par le fait même qui me l'avait suggéré.

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 21 volumes, 2e édition, p. 460.

(2) *Médecine opératoire*, t. IV, p. 275. L'auteur disait : « La douleur qui » en résulte (des piqûres des testicules), fort vive dans certain cas, offre un

chant, elles se cicatrisent tout aussi bien que sur la peau ou le tissu cellulaire (1). »

Mais à quoi bon ces ponctions, puisqu'il n'y a ni tension des tissus, ni collection de liquide? A quoi bon faire des plaies pour se donner la satisfaction d'affirmer qu'elles se cicatrisent facilement? Une telle pratique ne peut-elle pas devenir plus ou moins compromettante?

Je ne saurais trop répéter que le chirurgien doit s'en tenir à la pratique prudente que j'ai recommandée et ne recourir à l'opération que lorsqu'elle est réellement indiquée par la tension des parties et par la force des douleurs. Il importe surtout de ne pas temporiser et de ne pas perdre de vue que le procédé des mouchetures bien faites, est sûr, facile, peu douloureux, sans danger, et qu'il réussit d'autant mieux qu'on l'applique plus tôt.

Il est généralement facile de déterminer, même avec précision, les limites d'application de cette méthode; il suffit de se rappeler qu'un grand nombre d'orchites, prises à temps et convenablement traitées, se terminent par avortement; qu'un nombre plus grand encore de ces phlegmasies ont une marche bénigne et une terminaison assez prompte par résolution. Il n'y a donc en réalité que quelques espèces d'orchites parvenues à un certain degré de développement, contre lesquelles les mouchetures sont manifestement indiquées (2).

» caractère particulier qui ne permet pas de s'y tromper. L'organe s'enflamme » quelquefois violemment, il peut tomber en fonte purulente. »

(1) L'enthousiasme de M. Velpeau pour les mouchetures scrotales paraît l'entraîner beaucoup trop loin :

« Chose assez étrange néanmoins, ajoute-t-il p. 460, c'est que, même » quand la tunique vaginale est libre, quand il ne s'écoule par la piqûre que » quelques gouttelettes de sang, ou encore quand il ne s'écoule rien du tout, » les malades en éprouvent également, en général, un mieux incontestable. »

La douleur de l'opération lui paraît insignifiante : « C'est à tel point, dit- » il, que les malades les plus effrayés à l'idée d'une opération, se mettent » presque tous à rire de leur frayeur aussitôt après. La plupart d'entre eux » *me disent n'avoir rien senti du tout.* » *Loc. cit.*, p. 462. On a beau y regarder de près, suivant le vœu exprimé par l'auteur, il est impossible d'apercevoir tout cela, du moins en général.

(2) M. Velpeau s'exprimait ainsi en 1844, *loc. cit.*, p. 458 : « Le traitement » que je vais exposer aura, je ne me le dissimule pas, de la peine à conquérir » tout d'abord les sympathies des praticiens On pourra même, je l'avoue, être » étonné de me voir le proposer. »

On a été étonné, en effet, de voir le chirurgien de la Charité subitement

4° Quand l'inflammation n'a pas l'allure franche et régulière qu'on observe ordinairement, on doit se borner à suivre la marche des phénomènes morbides, et comme ils ne présentent rien de fort alarmant, il suffit de faire quelques applications émollientes, et de prescrire un traitement général approprié à l'état du sujet, seulement il faut bien se garder de pronostiquer, car le résultat s'éloigne fort souvent de ce qu'avaient fait entrevoir les premiers symptômes. Fréquemment, après quelques jours de cet état incertain et irrégulier, sans augmentation sensible de la tumeur testiculaire, après quelques douleurs sourdes, profondes et vagues, réagissant sur l'état général du malade, on voit apparaître subitement, et sans cause appréciable, une tuméfaction

et vivement épris d'amour pour une méthode dont il n'avait même pas fait mention, en 1839, dans sa *Médecine opératoire*, bien qu'elle fût connue et appliquée tous les jours, depuis plusieurs années. Faut-il ajouter que ce chirurgien attache aujourd'hui un intérêt tout particulier à l'invention de cette méthode? Il déclare *l'avoir imaginée en* 1836 *ou* 1835 (il n'en est pas certain), « dans le but de déterminer en quelle proportion l'hydrocèle aiguë devait en- » trer dans le volume total de la tumeur des individus affectés d'orchite. » *Loc cit.*, p. 460.

M. Velpeau sait parfaitement que les titres aux découvertes n'ont de valeur qu'autant qu'ils ont une date authentique.

L'ouvrage dans lequel mes titres sont déposés, parut en 1837. *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. I, p. 424. Ce n'est que sept ans après, en 1844, que M. Velpeau fait connaître les siens. *Loc. cit.*, p. 458 et suiv.

C'est ici une affaire de dates, et l'on ne saurait me contester le droit de reprendre mon bien où je le trouve, ainsi que je l'ai fait au sujet des phlegmasies musculaires et articulaires, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre. (Voyez l'article précédent, p. 599.)

Du reste, empressons-nous de reconnaître que, si M. le professeur Velpeau s'attribue et se laisse attribuer par ses amis, des travaux appartenant aux spécialistes, il a adopté, pour la prise de possession, des formes plus douces que celles qu'il employait jadis, au sujet, par exemple, de certains procédés relatifs à la lithotritie. Il avait surtout à cœur *de prendre ces procédés sous son patronage*, afin de les retirer des mains de ceux qu'il appelait les infidèles, les *exploitateurs intéressés de la pratique chirurgicale*, pour lesquels, ajoutait-il, les opérations étaient devenues *un objet de spéculation industrielle*, bien plus qu'*un sujet de recherches véritablement scientifiques*. (*Médecine opératoire*, t. IV, p. 661, 667.)

En 1840 et 1844, il épargne aux spécialistes les épithètes de son choix ; il les honore même de son silence : mais ceux-ci, de leur côté, ont à se plaindre d'un manque de ressemblance dans le portrait que le *Journal des Débats* nous a donné de lui. (Voir l'art. précédent, page citée.) M. Velpeau n'approche pas des nouveautés de la science dans l'unique but d'en constater la valeur pratique. Il écrivait, en 1840, *qu'il était le seul à avoir parlé des accidents du cathétérisme;* et en 1844, il disait *qu'il avait imaginé les mouchetures scrotales.*

considérable et rapide; cette exacerbation peut se manifester aussi après une saignée locale ou l'emploi d'un topique, et le malade ne manque pas d'attribuer l'accident aux moyens curatifs, tandis qu'il résulte de la marche accidentelle de la maladie. Ces sortes d'engorgements testiculaires sont heureusement rares, car, malgré les traitements les plus méthodiques, ils marchent lentement, irrégulièrement, et se terminent le plus souvent par une suppuration irrégulière et abondante.

J'ai dit que cette terminaison n'avait ordinairement rien de grave : il est toujours facile de reconnaître la fluctuation ; dans le doute il vaut mieux agir plus tôt que plus tard ; il importe surtout de ne pas laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même; à plus forte raison ne doit-on pas attendre que les téguments soient décolés.

Il n'est pas rare qu'une grande partie des vaisseaux séminifères du testicule soient entraînés par la suppuration ; souvent même ils sortent par paquets qui obstruent l'ouverture de l'abcès, et l'on est obligé, tantôt d'en faire la résection, tantôt de les repousser ou d'en faciliter la sortie, afin de laisser une libre issue à la matière purulente. Une cicatrice profonde unit alors les testicules aux téguments, et les tissus environnants conservent pendant longtemps un peu de dureté.

Dans quelques cas, heureusement rares, la plaie ne se ferme pas d'une manière complète, et le malade conserve une sorte de fistule spermatique. Chez un sexagénaire entre autres, le suintement n'était pas continuel ; au bout de deux ou trois jours, la petite plaie se fermait ; mais, quelque temps après, un bouton se développait, s'ouvrait spontanément, et ainsi de suite. Le même état de choses a duré deux années, sans autre accident.

L'avortement, la résolution de la phlegmasie, dans la grande majorité des cas, et la suppuration, dans quelques-uns, sont les seuls modes de terminaison que j'aie observés, et cependant j'ai traité plusieurs milliers d'orchites simples par les moyens que je viens d'indiquer. Ici le résultat contraste notablement avec ce qu'observent d'autres praticiens, et avec les faits consignés dans les auteurs. On voit, en effet, qu'un certain nombre d'orchites se terminent par induration, squirrhe ou cancer.

5° Chez les sujets tuberculeux, les affections des testicules, ac-

compagnées presque toujours de lésions analogues dans les cordons spermatiques et les vésicules séminales, présentent des caractères spéciaux, et se terminent trop souvent d'une manière fâcheuse. J'indique seulement ce sujet dont je me suis occupé dans l'étude des maladies de la prostate, et plus particulièrement de celles des organes génitaux (voy. t. II).

§ 3. — États morbides divers du testicule.

Je me borne à ces considérations générales sur l'inflammation aiguë des testicules, considérée comme accident des maladies de l'urèthre et du col de la vessie.

Quant aux autres lésions dont les testicules sont susceptibles, leur exposition m'entraînerait hors des limites de mon sujet; il me suffira de noter que les engorgements ou autres lésions de ces organes et de leurs annexes se présentent quelquefois sous le mode chronique. Or, si l'orchite aiguë et les causes qui la provoquent ont été appréciées comme elles devaient l'être, il n'en est pas de même de l'état chronique, sur lequel j'ai été à portée de recueillir quelques observations.

a. Les lésions superficielles, mais prolongées, de l'urèthre, les manœuvres ou opérations les plus régulières, mais souvent répétées, quoique ne produisant qu'une action instantanée, ou n'agissant que sur des tissus incapables d'irradier de fortes sympathies, exercent sur les organes de la génération une action lente, mais prolongée, qui, à force de se répéter, finit par amener des désordres extrêmement graves.

b. On voit fréquemment les maladies organiques de la prostate et du col vésical entraîner tantôt l'atrophie, tantôt un engorgement notable des testicules, mais à l'état chronique et pour ainsi dire stationnaire.

c. Les lésions auxquelles la cystotomie expose le col vésical occasionnent, dans les organes et les fonctions de la génération, des désordres graves, qu'on attribue, sans doute d'une manière trop exclusive, à la division de l'un des conduits éjaculateurs. Si cette opinion était fondée, il n'y aurait jamais que le testicule correspondant qui pût être atteint; or plus d'une fois on a vu les deux testicules s'atrophier après la taille périnéale.

d. Les cautérisations répétées, les scarifications, et surtout la dilatation forcée des parois uréthrales exercent, sur les organes sécréteurs du sperme, et sur leurs canaux excréteurs, une action qu'on n'avait point prévue, qu'on n'a pas suffisamment étudiée, et qui est très remarquable. J'avais déjà observé que des malades soumis pendant longtemps à l'emploi du caustique dans l'urèthre perdaient leur faculté génitale; quelques-uns accusaient en même temps, des douleurs vagues et passagères, soit dans les testicules, soit dans les cordons, vers les aines. Ces premiers faits passèrent inaperçus; mais, en se multipliant, ils fixèrent davantage mon attention, et je ne tardai pas à reconnaître que les désordres étaient d'autant plus fréquents et plus marqués que le caustique avait exercé sur les parois uréthrales une action plus profonde et plus souvent répétée. Bientôt j'eus à traiter pour les mêmes accidents des malades qu'on avait soumis à l'action du scarificateur, et d'autres chez lesquels on avait employé les procédés de la dilatation forcée et de la lacération contre les rétrécissements uréthraux; dans ces cas, les accidents furent plus graves et plus opiniâtres, quelques-uns même résistèrent à toutes les ressources de l'art. Il s'est présenté presque en même temps, dans le service des calculeux, deux malades de ce genre, qui se croyaient atteints de la pierre, parce que leurs souffrances ne cessaient d'aller en croissant, quelque traitement qu'on employât. L'un d'eux avait été soumis à des cautérisations fortes et prolongées, soit à la courbure de l'urèthre, soit au col vésical; ses testicules étaient devenus ensuite tellement sensibles, qu'il ne pouvait ni rapprocher les cuisses, ni supporter le contact des vêtements. L'emploi de tous les calmants, de tous les antiphlogistiques, ne put détruire cette sensibilité, et le malade sortit de l'hôpital sans presque avoir obtenu d'amélioration. L'état de l'autre sujet était plus grave encore : il avait été traité pendant longtemps par les scarifications uréthrales, qui, ne produisant pas l'effet qu'on attendait d'elles, avaient été beaucoup plus multipliées et plus profondes qu'on ne les fait d'ordinaire. Non-seulement le malade ne recouvra pas la faculté d'uriner plus facilement, ni de rendre une urine plus naturelle qu'avant le traitement, mais encore il lui survint dans les organes de la génération, des douleurs si vives et tellement poignantes qu'elles fixaient seules toute son

attention. Il y avait aux cordons une tuméfaction inégale, une induration manifeste; et en même temps une augmentation notable de la sensibilité. Mais c'était principalement sur les testicules que portait la maladie : à peine pouvait-on y toucher sans déterminer de vives douleurs; ils étaient durs, volumineux et bosselés, surtout celui du côté droit; de plus, le malade était atteint d'une œdématie générale, avec dyspnée et perte d'appétit. Dans ce cas, comme dans le précédent, tous les moyens furent inutiles.

Les trop nombreuses tentatives qui ont été faites dans ces derniers temps pour forcer, par la violence, les obstacles uréthraux, mettent sous nos yeux des désordres semblables à ceux que présentaient les malades précédents. J'ai employé beaucoup de moyens curatifs dans ces circonstances, et trop souvent ils ont trompé mon espoir. Je n'ai obtenu quelques succès qu'en agissant dans l'urèthre, soit pour en diminuer la sensibilité, soit dour rétablir l'élasticité de ses parois.

Le fait suivant, que j'emprunte à l'un de nos journaux, prouve combien il est parfois difficile d'établir un diagnostic certain, et combien aussi on doit se défier des douleurs lancinantes, symptôme prétendu caractéristique du cancer, dont se plaignent quelques malades.

Un étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, contracta un écoulement vénérien, à la suite duquel le testicule droit se gonfla. Trois traitements antisyphilitiques furent sans résultat. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, où l'on considéra l'affection testiculaire comme vénérienne : il y avait des fourmillements et des douleurs lancinantes; le malade se croyait attaqué d'un sarcocèle, et demandait qu'on lui fît l'opération. Dupuytren, Breschet et Astley Cooper, qui était alors à Paris, se consultèrent, et il fut résolu qu'on tenterait de nouvelles frictions mercurielles; mais le malade persistait à demander l'ablation du testicule, et comme on la lui refusa, il se rendit dans un autre hôpital. Le testicule avait alors le volume du poing : il était de forme ovale et inégal à la surface; un peu de fluctuation à la partie antérieure. Les traitements prescrits et suivis n'ayant abouti à rien, on prit le parti d'amputer. On trouva le cordon sain, et un peu de sérosité dans la tunique vaginale; la presque

totalité de la glande était saine ; mais il existait, à sa partie antérieure, un tubercule de la grosseur d'une fève et entouré d'un endurcissement très marqué. Le malade dut regretter d'avoir demandé l'opération avec tant d'insistance.

FIN.

Extrait du *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, tome III.

TABLE DES MATIÈRES.

De la fièvre et de quelques phlegmasies spéciales qu'on observe dans les maladies des organes génito-urinaires 5

Art. Ier. — De la fièvre 6

§ 1. De la fièvre observée dans le cours des maladies des organes urinaires 6

§ 2. De la fièvre, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre ou dans la vessie 11

§ 3. Causes de la fièvre d'accès 12

§ 4. Diagnostic et variétés de la fièvre 18

Cas simples 18

Cas graves 20

Cas exceptionnels 20

Cas compliqués 23

§ 5. Traitement de la fièvre 29

1° Considérations préliminaires 29

2° Traitement préparatoire 32

3° Traitement curatif 39

4° De quelques modifications apportées au traitement de la fièvre uréthro-vésicale 47

Art. II. — De quelques phlegmasies peu connues, à la suite des opérations pratiquées dans l'urèthre et dans la vessie 56

Première série de cas 57

Deuxième série de cas 72

Remarque sur la 2e série de faits 80

§ 1. Des causes des phlegmasies musculaires et articulaires consécutives 82

§ 2. Traitement des phlegmasies articulaires et musculaires consécutives 87

1° Considérations préliminaires 87

2° Traitement de la phlegmasie musculaire 93

3° Traitement de la phlegmasie articulaire 96

Art. III. — Des engorgements du testicule et du cordon spermatique pendant le traitement des maladies de l'urèthre 98
§ 1. Phlegmasie aiguë..... 98
§ 2. Traitement 104
§ 3. États morbides divers du testicule 111

FIN DE LA TABLE

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.